Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction: Karlstrasse 8. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 52. 30. December. 1890. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 37. Jahrgang.

Originalien.

Die Therapie atactischer Bewegungsstörungen.[1])

Von Dr. *Frenkel*,
Horn a./Bodensee, Privat-Heilanstalt für Nervenkranke.

Zur Erklärung der Ataxie bei der Sklerose der Hinterstränge sind mehrere Theorien aufgestellt und energisch vertheidigt worden. Zwei von ihnen von hervorragenden Namen getragen, stehen sich anscheinend unvermittelt gegenüber, während die übrigen als Modificationen zu betrachten sind, welche sich bald dieser bald jener zuneigen. Die eine Theorie (Leyden) betrachtet die Störung der Sensibilität als die alleinige und zureichende Ursache der Coordinationsstörung; die andere (Erb, Charcot) bestreitet den maassgebenden Einfluss der Sensibilitätsstörung auf die Ausbildung der Ataxie und sieht die Ursache in einer primären Läsion der coordinatorischen Centren bezw. Bahnen.

Um einen Standpunkt in dieser Frage zu gewinnen, prüfen wir das Verhalten des normalen Organismus. Wenn als feststehend angenommen wird, dass der Mensch keine fertigen coordinirten Bewegungen mit auf die Welt bringt, dass vielmehr jede coordinirte Bewegung erlernt werden muss, so muss auch angenommen werden, dass es die Sinnesempfindungen sind (mit Einschluss des Muskelgefühls), welche den ungeordneten willkürlichen und reflectorischen Bewegungen Ziel und Maass setzen — es werden uncoordinirte Muskelcontractionen zu coordinirten Bewegungen durch die Controlle der Sinne. Aber es würde der Oeconomie des Organismus widersprechen und es widerspricht der Erfahrung, dass jede neue coordinirte Bewegung in derselben weitläufigen und complicirten Weise erlernt wird. Denn jede erlernte Zweckbewegung hinterlässt ihr Bild in dem Centralorgan, welches sich psychologisch als Bewegungsvorstellung, physiologisch als coordinatorische Einheit darstellt. Das Bindeglied zwischen ihnen bildet der Willensimpuls. Nach dem allgemeinen Gesetz, welches für alle Associationen gilt, muss die Verknüpfung von Vorstellung, Willensimpuls und coordinatorischer Erregung um so sicherer eintreten, je öfter sie zu Stande gekommen ist und es scheint, dass durch die Constanz dieser Verbindung, die Vorstellung direct zur Erregung der entsprechenden coordinatorischen Einheit führen kann ohne Willensimpuls — wenigstens ohne dass dieser bewusst wird. Es ist von Stricker nachgewiesen worden, dass intensive Vorstellungen mit Muskelcontractionen verbunden sind, die der Vorstellung adäquat und gänzlich unbewusst sind. Wenn man diese Verknüpfung von Vorstellung und Bewegung als Gehirnreflexe (Wundt) bezeichnen will, so unterscheiden sie sich principiell von den Rückenmarksreflexen durch ihren psychologischen Ursprung.

Werden dem Organismus neue Aufgaben gestellt, soll eine neue Bewegung ausgeführt werden, die einen Bestandtheil einer erlernten in sich enthält oder eine Modification jener bildet, dann enthebt die associative Verknüpfung das Nervensystem der vollständigen Wiederholung unzweckmässiger Versuche, indem nur derjenige Theil der neuen coordinirten Bewegung der Controlle durch Tastempfindungen, Muskelgefühl etc. anheimfällt, der das neue Element enthält. Nehmen wir als Beispiel die Erlernung des Schreibens. Sie fällt in eine Zeit in der der Mensch bereits über eine sehr grosse Anzahl coordinirter Bewegungen verfügt. Immer wird sich eine erlernte Bewegung finden, welche associativ die grobe coordinatorische Arbeit besorgt die zur Federhaltung und -Führung nothwendig ist. Erst wo es sich um die Correctheit, Promptheit der Arbeit handelt, um die Details in der Ausführung der Striche, die gleichmässige Dicke, den Abstand etc., wird die Ataxie deutlich, die zu ihrer Beseitigung nunmehr den Tast-Muskelsinn, das Gesicht, zu Hilfe ruft.

Es wirken somit erworbene coordinatorische Impulse und in ihrer Combination und Abstufung genau charakterisirte sensible Eindrücke zusammen um eine neue Combination von zweckmässigen Muskelactionen zu produciren, welche nun ihrerseits in Bewegungsvorstellungen niedergeschlagen und dem Schatze des Erlernten hinzugefügt, gelegentlich zur Quelle neuer Combinationen werden.

Stützen für diese Anschauung und gleichzeitig Anhaltspunkte für die einzuschlagende Behandlung, ergaben sich aus Versuchen, die an drei atactischen Tabikern angestellt worden sind.

Herr S., 50 Jahre alt, ist ein nicht ganz gewöhnlicher aber zweifelloser Fall von Tabes. Infection wahrscheinlich. Vor 14 Jahren Beginn mit Augenmuskellähmung. Langsamer charakteristischer Verlauf. Es besteht Pupillenstarre — Romberg's Phänomen — Parese der Blase (catheterisirt sich täglich selbst) und des Mastdarms. Patellarreflexe erhalten. Sensibilität mässig herabgesetzt, stärker an den unteren Extremitäten. Ataxie nicht sehr hervortretend, aber deutlich vorhanden besonders bei geschlossenen Augen. Patient kleidet sich selbst an, bedient sich selbst beim Essen, schreibt etwas zitterig, aber gut leserlich. Der Gang ist schwankend, Patient setzt oft einen Fuss über den anderen hinweg. Die übliche Prüfung auf Ataxie ergiebt positives Resultat: Patient trifft die Fingerspitzen nicht etc.

Während aber die atactische Störung in nur mässigem Grade hervortritt bei den Bewegungen des gewöhnlichen Lebens und deutlicher wird bei den seltener ausgeführten Bewegungen zur Prüfung der Ataxie, zeigt sich dieselbe in überraschend hohem Grade, wenn der Patient eine ihm völlig neue, wenn auch einfache Bewegung ausführen soll, die ihm vorgemacht wird: Ich setze mich an einen freistehenden kleinen Tisch dem Patienten gegenüber, lege meine Hände auf denselben und bringe sie so aneinander, dass sich die Fingerkuppen berühren; nun führe ich, — die drei letzten Finger ruhig mit ihren Kuppen aneinandergelehnt, — den Zeigefinger der einen Hand und den Daumen der anderen so gegeneinander, bis sich die beiden Kuppen berühren, verharre in dieser Stellung und mache dasselbe mit Daumen resp. Zeigefinger der anderen Hand; nun löse ich den Daumen und Zeigefinger; die zuerst bewegt worden sind, und führe sie, die beiden andern ruhig haltend, über diese hinweg, bis sie sich wieder berühren; mache dasselbe dann wieder mit den unteren Fingern, dann mit den oberen und so fort. Die Beschreibung klingt complicirt, die Ausführung ist, wie Sie sehen, ausserordentlich einfach und jeder Gesunde führt sie sofort ohne sich zu besinnen und ohne jede Unsicherheit völlig correct aus. Der Patient vermag sie nicht auszuführen. Er wirft seine Finger chaotisch durcheinander, verdreht die Hände; ist selbst erstaunt über diese Unfähigkeit und erklärt: er werde es niemals lernen. Genau dieselbe Erfahrung habe ich bei zwei anderen Fällen von vorgeschrittener Tabes gemacht mit hochgradigen atactischen Störungen.

[1]) Vortrag, gehalten in der Neurol. Section der 63. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Bremen.

Dass die im Falle S. sehr mässige Sensibilitätsstörung die bei dem Versuch offenbarte schwere Coordinationsstörung genügend erklären sollte, ist nicht anzunehmen. Denn abgesehen davon, dass der Patient unendlich viel feinere Bewegungen ausführen konnte, so genügt zur Ausführung einer so groben Bewegung beim Gesunden die Controlle des Gesichts, ausserdem war auch die ausgeführte Bewegung nicht allein ungeschickt, sondern geradezu zweckwidrig. — Es scheint mir aus diesem Versuche hervorzugehen, dass bei Tabikern atactische Bewegungen möglich sind, ohne dass die Sensibilitätsstörung dafür verantwortlich gemacht werden kann.

Der auffallende Gegensatz zwischen der sehr mässigen Ataxie bei Ausführung der gewöhnlichen alltäglichen Bewegungen bei unserem Patienten und der höchstgradigen Coordinationsstörung bei unserem einfachen Versuch, kann seinen Grund nur haben in der Neuheit der Bewegung; während die übrigen gewohnten Bewegungen offenbar deswegen prompt ausgeführt werden, weil sie wiederholt gemacht worden sind, d. h. weil sie eingeübt sind. Daraus folgt, dass auch die atactische Bewegung unseres Experimentes sich durch Uebung in eine coordinirte umwandeln lassen muss.

Und so ist es in der That. Die Fingerbewegung wurde den Patienten wiederholt vorgemacht, langsam und unter Hervorhebung jeder Phase und sie wurden angehalten ihre ganze Energie auf die correcte Ausführung zu concentriren.

Nach mehrstündiger, auf einige Tage vertheilter Arbeit, konnte festgestellt werden, dass die Patienten die Bewegung erlernt hatten; Herr S. so vollkemmen genau wie jeder Gesunde, die beiden andern etwas zitternd. Alle hatten während der Uebung das Gefühl starker Anstrengung und Ermüdung. — Wir sehen also, dass auch unter pathologischen Verhältnissen eine uncoordinirte Bewegung, die offenbar ihre Ursache in einer organischen Läsion hat, mit Hilfe intensiver und wiederholter Willensimpulse coordinirt werden kann, sei es, dass hierdurch Anomalien in der Leitung überwunden werden, sei es, dass sich vicariirend neue coordinatorische Einheiten bilden, oder dass beide Factoren zusammenwirken.

Wenn gesagt wird: die Integrität der Sensibilität ist für die normale Coordination der Bewegungen nothwendig und eine Störung der Sensibilität bedingt auch eine Störung der Coordination, so ist doch noch festzustellen was hierbei als »normal« anzusehen ist. Die Sensibilität ist keine constante Grösse, sie ist individuell ausserordentlich verschieden. Die Empfindlichkeit kann ferner unendlich gesteigert werden, wie bei feinen mechanischen Arbeiten, wo feinste Sensibilitätsunterschiede appercipirt werden müssen, bei Blinden (Blindenschriften). Und was ist die angelernte übergrosse Empfindlichkeit Anderes, als die Fähigkeit des Centralorgans sich mit einem Minimum von Sensibilitätseindrücken zu begnügen, ohne die Sicherheit der Coordination zu gefährden. Bedingung ist dabei, dass die kleinen Reize sich oft wiederholt haben. Die Summe einer grossen Anzahl wiederholter kleiner äusserer Reize tritt an die Stelle grösserer seltener Reizintensitäten. — In gleicher Weise verhalten sich die rein centralen Functionen: Je öfter ein centraler Vorgang abgelaufen ist, um so geringer darf seine Intensität sein, um den gleichen Effect zu erzielen. Je öfter eine bestimmte coordinirte Bewegungseinheit unter dem Einfluss des Willens gestanden hat, um so leichter geht sie von Statten, d. h. um so kleiner darf der Willensimpuls sein um sie zu produciren, um so grössere Widerstände kann derselbe Willensimpuls überwinden.

Stehen wir einer pathologischen Erscheinung gegenüber, bei der die Coordination der Muskeln gestört ist, so fragt es sich, ob überhaupt irgend welche Coordination in den betreffenden Muskelgruppen möglich ist. Ist dies der Fall, ist die Verbindung vom coordinatorischen Centrum und zugehöriger Muskelgruppe nicht gänzlich zerrissen, dann wird durch entsprechende Uebung ein Ausgleich möglich sein. Mit je grösserer Willensenergie die Bewegung wiederholt wird, um so rascher darf der Erfolg erwartet werden.

Von diesem Gesichtspunkte aus bedarf die Thatsache, dass die Atactischen ihnen gewohnte Bewegungen des gewöhnlichen Lebens am besten ausführen, keiner weiteren Erklärung.

Schreibt man der Sensibilität nur eine controllirende Aufgabe zu, die fortfällt, sobald eine Bewegung erlernt ist, und nimmt man bei der Tabes eine Functionsstörung der coordinatorischen Organe an, die durch entsprechende Uebung ausgeglichen werden kann, so hat der oft constatirte Gegensatz zwischen der Stärke der Sensibilitätsstörung und der coordinatorischen nichts Auffallendes mehr.

Welche Herrschaft das Nervensystem über unser Muskelsystem unter dem Einflusse des Willens und der Uebung erlangen kann, zeigt uns jeder Seiltänzer, Circusreiter, Jongleur etc. Und das Staunen das manche Kunststücke in uns erregen, beweist wie wenig wir uns dieser unendlichen Accommodationsfähigkeit des Organismus bewusst sind.

In Bezug auf Coordination der Bewegungen ist der Unterschied zwischen einem Tabiker mit hochgradiger Ataxie und einem gesunden Menschen kleiner als der zwischen einem Circusreiter oder Seiltänzer und einem der Zuschauer.

Von diesen Ueberlegungen ausgehend habe ich nun versucht, die Erfahrungen, welche aus den Experimenten mit Atactischen sich ergeben haben, therapeutisch zu verwerthen. Es wurde angestrebt, eine möglichst grosse Anzahl von coordinirten Bewegungen — von den einfachsten ausgehend und allmählich bis zu den complicirtesten steigend — mit den Patienten einzuüben. Jeder Kranke wurde allein vorgenommen; es wurde ihm eine bestimmmte Bewegung vorgemacht und ihm aufgegeben, dieselbe nachzumachen und seinen Willen mit aller Intensität auf die möglichst correcte Ausführung der Aufgabe zu richten. Stets sind die Uebungen in meiner Gegenwart und unter steter Controlirung, Anleitung und Ermunterung gemacht worden. Es war dies unumgänglich nothwendig. Denn diese Uebungen strengen die Patienten sehr an, obwohl absolut keine Kraftleistung mit denselben verbunden ist. Offenbar ist es die intensive Anspannung des Willens und die Aufmerksamkeit, zu der die Sinne gezwungen werden, welche die rasche Ermüdung herbeiführen.

Die Versuche sind an drei Tabischen mit Ataxie gemacht worden, täglich oder fast täglich $^1/_2 - 1^1/_2$ Stunden und zwar 8, 9 und 14 Wochen lang. Ueber den Erfolg, der theilweise demonstrirt werden kann, soll weiter unten gesprochen werden.

Ich unterscheide drei Arten von Uebungen: 1. Einfache Muskelbewegungen. 2. Einfache coordinirte Bewegungen. 3. Complicirte coordinirte Bewegung, respective Handarbeiten (Schreiben, Zeichnen, Geldzählen, Kartengeben etc.). In jeder Sitzung wurden alle drei Arten geübt.

1. Die einfachen Muskelbewegungen. a) Die Hand wird auf den Tisch gelegt, jeder Finger im Metacarpalgelenk gestreckt und gebeugt, wie beim Klavierspiel. Wer des Klavierspieles nicht kundig ist, dem wird auch in normalem Zustande, die isolirte Hebung und Senkung eines einzelnen Fingers, während die anderen ruhig gehalten werden, recht schwer. b) Jeder Finger soll in jedem einzelnen seiner Gelenke gebeugt und gestreckt werden, wobei die übrigen Gelenke möglichst ungebeugt bleiben — ist aus anatomischen Gründen theilweise unausführbar, strengt sehr an und ist wegen des energischen Aufwandes von Willensarbeit für die weiteren Uebungen von Bedeutung. c) Die Hand wird mit gestreckten Fingern auf den Tisch gelegt, darauf der kleine Finger abducirt, dann der kleine und 4. Finger zusammen, darauf die drei letzten u. s. w. (Spreizübung.)

2. Einfache coordinirte Bewegungen. Es arbeiten hierbei zwei oder mehrere Finger zusammen. a) Der Daumen und je ein Finger nähern sich einander mit möglichst ausgiebiger Bewegung und berühren sich genau mit den Kuppen. b) Es wird angestrebt, dass sich die Kuppe eines Fingers und diejenige des Nachbarfingers berühren. Auch beim Gesunden nur nach langer Mühe und nur unvollkommen ausführbar. Aber ebenfalls wichtig wegen des intensiven Willensimpulses. c) Die Fingerkuppe wird auf den Nagelrücken des Nachbarfingers gelegt.

Es sei ein- für allemal bemerkt, dass die einzelnen Uebungen $^1/_2$ bis mehrere Dutzend Male hintereinander gemacht

werden. Es wird sowohl mit der rechten, wie mit der linken Extremität geübt und bald mit offenen, bald mit geschlossenen Augen.

3. Combinirte Coordinationsbewegungen. Man combinirt jede der eben beschriebenen Uebungen mit Bewegungen im Hand-, darauf im Ellenbogen- und im Schultergelenk, indem nach einander jede der möglichen Bewegungen: Flexion — Extension, Abduction — Adduction, Pronation — Supination und Rotation mit jeder der Fingerübung tactmässig vereinigt werden. Dann werden die beiden oberen Extremitäten zu gemeinsamer Arbeit veranlasst. Es sind selbstverständlich sehr viele Combinationen möglich. Besonders geübt wird jene Zeigefinger-Daumen-Uebung, welche den Kranken so grosse Schwierigkeiten bereitet hat. Ferner wird das Treffen der Fingerspitzen nach vorheriger horizontaler Ausbreitung der Arme besonders energisch geübt, — eine Bewegung, die bekanntlich bei der Prüfung der Ataxie beliebt ist.

Um nun für mich und für die Kranken eine gewisse Controlle zu haben über den Grad des Fortschrittes, habe ich einige einfache Vorrichtungen machen lassen, an denen die Patienten nach einiger Zeit für sich allein üben können. a) Ein etwa 50 cm langes dreieckiges Holzklötzchen wird so hergerichtet, dass die eine Längskante ganz scharf linienartig ist; die zweite Kante wird abgehobelt, so dass eine schmale Fläche entsteht; die dritte Kante wird so ausgefraist, dass sie eine concave Fläche bildet. (Fig. 1 zeigt den Durchschnitt.) Der Kranke ergreift eine Bleifeder wie zum Schreiben, stützt aber seinen Arm und die Hand nicht auf, sondern hält sie schwebend in der Luft und führt nun die Feder den Längskanten entlang. Die Aufgabe besteht darin, mit der Hand resp. Feder nicht über die durch die Kanten gegebenen Flächen »auszufahren«. Begonnen wird mit der ausgehöhlten Kante, da diese Bewegung begreiflicher Weise die leichteste ist, zuletzt wird die schwerste die scharfe Kante vorgenommen. b) In einem Holzbrettchen sind in einer Entfernung von 3—4 cm von einander runde Vertiefungen angebracht von einem Durchmesser, dass etwa eine Fingerkuppe hineinpasst. Die Uebung besteht darin, dass der Patient den Arm soweit erhebt und zurückbiegt, dass er die Hand nicht sehen kann; dann versucht er möglichst rasch die Dellen mit der Kuppe eines Fingers zu treffen. Er kann leicht beurtheilen, ob und in wie weit es ihm gelungen ist. c) Einen ähnlichen Zweck hat das zweite Brett, in dem in gewissen Abständen von verschiedener Breite Zapfen eingefügt sind, zwischen welchen mit einem oder mehreren Fingern der Holzboden getroffen werden muss. Diese Uebung ist schwieriger als die vorige.

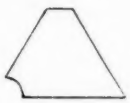

Fig. 1.

4. Eine grössere Anzahl von kreisrunden Holzscheiben in Grösse und Dicke den verschiedenen Münzen nachgebildet, werden benützt, um die für unseren Zweck sehr wirksame Thätigkeit des Geldzählens, Sortirens, Einwickelns und der Grössenschätzung einzuüben.

Eine Anzahl von einfachen Vorlagen dienen zum Nachziehen mit der Bleifeder in vorgeschriebenen Abständen.

Für die unteren Extremitäten sind, neben allgemeinen Muskelübungen, diejenigen Bewegungen gewählt worden, welche gewöhnlich zur Prüfung der Ataxie benutzt werden. Ferner ist besonderes Gewicht gelegt worden auf Steh- und Gehübungen. Stehen mit geschlossenen und gespreizten Beinen, mit und ohne Anlehnen, mit offenen und geschlossenen Augen u. s. w. Für die Gehübungen sind in dem Turnsaal lange dunkle Striche (von der Breite eines Stiefels) und Kreise gezogen worden. Die Patienten wurden nun angehalten, auf dem Strich so zu gehen, dass die Hacke des Fusses dicht vor die Fussspitze des dahinterstehenden gesetzt wurde. Anfangs musste Jemand neben dem Uebenden einhergehen, um ihn zu halten, wenn er umzufallen drohte. Darauf wird den Patienten aufgegeben, von einem Punkte des Saales zu einem anderen auf dem kürzesten Wege und ohne von der geraden Linie abzuweichen, schnellen Schrittes zu gehen.

Es ist selbstverständlich, dass sich alle Uebungen modificiren und compliciren lassen; die weitere Erfahrung wird sicher dafür neue Gesichtspunkte ergeben.

Was nun den erzielten Erfolg anbetrifft, so kann ich mich kurz fassen. Alle geübten Bewegungen sind erlernt worden, ein Theil so gut, dass sie nichts zu wünschen übrig liessen; ein Theil nicht vollkommen, aber auch bei diesen war das Endresultat im Vergleich mit dem Anfang ein geradezu ungeheurer Fortschritt. Behandelt wurden drei Kranke; über den ersten (Herr S.) ist oben gesprochen worden, er zeigte nur einen verhältnissmässig geringen Grad von Ataxie an den oberen Extremitäten, dagegen war sein Gang schwankend. Die beiden anderen zeigten einen starken Grad von Ataxie oben und unten — wie sie zur Augenblicksdiagnose führt. Das Schreiben war bei G. fast unmögiich, bei P. sehr erschwert. Ebenso alle übrigen Verrichtungen des gewöhnlichen Lebens, wie Zuknöpfen, Essen u. s. w.

Da die Patienten aus begreiflichen Gründen auch massirt, elektrisirt, zwei von ihnen (G. und P.) auch suspendirt worden sind, so wäre dem Einwand zu begegnen, dass die Besserung hierauf zu schieben sei. Ich halte das für ganz ausgeschlossen. Die Besserung ging graduell so sehr mit der Art und der Dauer der Uebungen Hand in Hand, dass nur die systematische Uebung für den Erfolg verantwortlich gemacht werden kann. Wer will, kann die übrigen therapeutischen Maassnahmen als »unterstützende Momente« ansehen.

Bei Herrn S. verlor sich das Zittern fast vollständig und kam nur bei Aufregungen zum Vorschein. Er bewegt sich auf der Strasse fast in gerader Linie, die Schrift lässt nichts zu wünschen übrig.

G. kann jetzt z. B. leserlich schreiben, während das früher ganz unmöglich war. Herr P. isst selbständig u. s. w.

Ich zeige Ihnen hier eine Anzahl von einfachen Zeichnungen, Strichen und Kreisen, die die Patienten im Laufe der Behandlung gemacht haben (Fig. 2, Fig. 3) und die Besserung bedarf

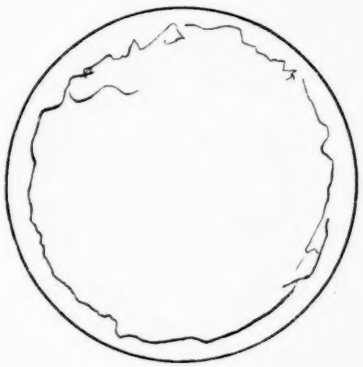

Fig. 2 a.

Fig. 3 a.

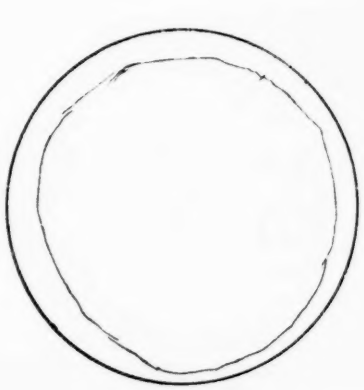

Fig. 2 b.

Fig. 3 b.

keines weiteren Beweises. Besonders mache ich Sie auf die Schriftproben des Patienten G. aufmerksam (Fig. 4) — anfangs eine Anzahl verworrener Striche, zuletzt sein deutlich leserlicher Name.

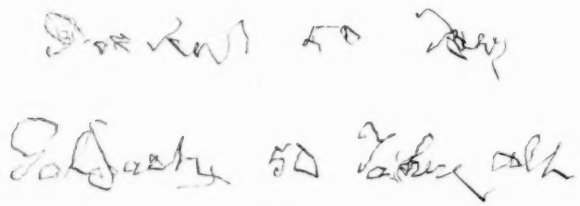

Fig. 4.

Ein nicht zu unterschätzender Gewinn ist die Besserung der Gemüthstimmung durch die augenscheinliche Besserung der Coordination. Ob darauf die constatirte Besserung des Allgemeinbefindens zu beziehen ist — ein Patient hat in 14 Wochen 11 Pfund an Gewicht gewonnen — ob auf die Behandlung selbst oder auf andere Nebenumstände, wage ich noch nicht zu entscheiden. Ich glaube, dass sich diese Methode auch für die Bewegungsstörungen bei der multiplen Sklerose und ähnlichen Affectionen verwerthen lassen wird.

Ein Beitrag zu den Erkrankungen des Sehnen- und Bandapparates in „Entzündungs"-Form.

Von Dr. *Waibel* in Dillingen a. D.

Schon seit mehreren Jahren drängte sich mir, als stillem Verächter des Dunkelmannes »Rheumatismus«, zufolge mehrfacher Beobachtungen die Ueberzeugung auf, dass es eine eigenartige, klinisch genau zu bestimmende Erkrankung des Sehnen- und Bandapparates gebe, welcher eine ganz bestimmte Ursache zu Grunde liegt, die nur in mechanischer Affection zu suchen ist.

In letzterer Zeit habe ich nun einige so ausgesprochene Fälle dieser Art zur Beobachtung bekommen, dass es im Hinblicke auf die etwas stiefmütterliche Behandlung der nicht chirurgischen Sehnen- und Banderkrankungen in sämmtlichen, auch neueren, mir zugänglichen Lehrbüchern, nicht überflüssig oder mindestens nicht unangezeigt erscheinen dürfte, meine Beobachtungen über die erwähnte Affection in Kürze mitzutheilen, mich der angenehmen Hoffnung hingebend, dass das von mir entworfene skizzenhafte Krankheitsbild von berufener Seite ergänzt und vervollkommnet werde.

Das Leiden ist meistens ein locales. Sein Sitz ist der Sehnen- und Bandapparat und zwar hauptsächlich der sehnige Ansatzpunkt verschiedener Muskeln des Körpers, sowie der Bandapparat verschiedener Gelenke.

Die Erkrankung manifestirt sich in der Form einer acuten Entzündung. Die entzündete Stelle ist meist sehr schmerzhaft, spontan sowohl als bei Druck, sowie bei activen und passiven Bewegungen der erkrankten Organe. Der Schmerz ist brennend, in höhern Graden stechend und spastisch. Ueber den entzündeten Stellen ist die Haut mehr oder weniger infiltrirt, in Streifen oder Fleckform geröthet und fühlt sich ganz fein an, wie poliert.

Die am häufigsten afficirten Partien sind in der Kniegegend, am oberen Tibial- und Fibularende, unterhalb, oberhalb und über der Patella. Nach der Kniegegend fand ich am meisten die Hüfte, dann den Fuss, ferner die Schultern und Hände mit den Fingern, am seltensten den Ellenbogen afficirt. Auch die Sehnen des Oberschenkels und Vorderarmes, sowie des Rückens und der Brust sah ich in geringerer oder grösserer Ausdehnung öfters betheiligt.

Der Verlauf der Krankheit ist von verschiedener In- und Extensität, je nach dem Verhalten des Patienten, jedoch habe ich keinen derartigen Kranken länger als 8—14 Tage laboriren sehen.

Es sei mir gestattet, den Verlauf der Krankheit bei einem typischen Falle, den ich schon mehrmals genau zu beobachten Gelegenheit hatte, näher zu beschreiben.

Gewöhnlich entzündet sich eine der oben bezeichneten Stellen am Knie. Tritt entsprechendes Verhalten des Patienten ein und kann er sich ca. 36—48 Stunden Ruhe gönnen resp. die ergriffenen Organe schonen, so verschwinden alle Krankheitssymptome. Ist Patient nicht in der Lage sich sofort zu halten, so sucht er bei weiterem Gehen oder Stehen etc. begreiflicher Weise die erkrankte Extremität soviel als möglich zu schonen, belastet aber dadurch die gesunde um so mehr und sehr bald, meist schon nach 24 Stunden tritt die gleiche entzündliche Affection auch an dem Knie der anderen Extremität auf. Wird auch jetzt noch nicht das nöthige Verhalten befolgt und zwingt sich Patient zu weiteren Geh- und Stehversuchen etc., so werden sehr rasch verschiedene andere Sehnen und Bänder, besonders die der Hüfte und des Fusses in Mitleidenschaft gezogen. Und sind einmal mehrere Sehnen und Bänder erkrankt resp. entzündet, so macht sich in der Regel eine leichte Störung des Allgemeinbefindens geltend, welche sich durch Fieber und dyspeptische Zustände kund geben. Das Fieber erreicht jedoch selten eine besondere Höhe und geht nach meinen Beobachtungen meist nicht über 38,5 C. hinaus. Der Urin ist, meist auch in den leichteren Fällen, ziegelröthlich sedimentirt.

In Bezug auf die Aetiologie dieser Krankheit kann ich als sicher constatiren, dass bei sämmtlichen derartigen Kranken grössere und länger fortgesetzte Anstrengungen des Körpers der verschiedensten Art vorhanden sind oder waren. Den gleichen nachtheiligen Effect, wie z. B. längeres continuirliches Gehen und insbesondere Stehen oder auch Sitzen, hat nach meinen Beobachtungen auch ein länger ausgeübter Druck, z. B. von eng anliegenden oder schweren Kleidern, das Tragen und Heben von verschiedenen schweren Gegenständen, einseitiges und angestrengtes Turnen, zu kräftiges und lang fortgesetztes Massiren etc. In einem Falle erlitt der Patient sogar vom Tragen eines nicht zu schweren Stockes und vom Sichstützen auf denselben eine Affection fast sämmtlicher Beugesehnen der Hand.

Sehr wichtig erscheint mir bei diesem Leiden die Disposition. In 2 Fällen konnte ich dieselbe als entschieden hereditär nachweisen, in den anderen schien sie erworben.

In wie weit nervöse Einflüsse eine disponirende oder ursächliche Beziehung zu dieser Erkrankungsform bilden, bin ich nicht im Stande zu entscheiden, auffallend erscheint mir die Thatsache, dass fast sämmtlich derartig Erkrankte mehr oder weniger Neurastheniker sind.

Auf Grund eingehender Berücksichtigung der eventuellen Erkältungs- oder Durchnässungsgelegenheiten bin ich zu der festen Ueberzeugung gekommen, dass die Erkältung bei dieser Krankheit keine Rolle spielt.

Ebenso finde ich keinen Unterschied zwischen Alter und Geschlecht. Ich habe die Krankheit bei jugendlichen und älteren Personen, bei Männern und Frauen beobachtet. Gar viele derartige Erkrankungen bei Kindern werden ganz sicher mit der sogenannten »Wachsthumsperiode« in Zusammenhang gebracht.

Ohne Zweifel wird diese Krankheit bei den verschiedensten Ständen und Berufsarbeiten, doch hauptsächlich bei solchen vorkommen, die mit grösseren körperlichen Anstrengungen verknüpft sind, wie z. B. beim Militär etc.

In der Hauptsache erkläre ich mir den Krankheitsprocess so: Ist die Disposition zu diesem Leiden vorhanden, so wird durch die angestrengte functionelle Thätigkeit oder durch Druck der betreffenden Organe und die dadurch bedingte Ermüdung irgend ein specifischer Krankheitsstoff, wahrscheinlich chemischer Natur, gebildet werden, welcher in geringer Quantität producirt, nur locale Reizerscheinungen, in grösserer Quantität vorhanden, jedoch auch allgemeine Erscheinungen, wie Fieber etc. zu veranlassen im Stande ist. Es scheint ferner als ob mit der grösseren Quantität des Krankheitsproductes auch die Disposition zu weiteren Erkrankungen erhöht und im Körper verallgemeinert werde.

In Bezug auf die Diagnose fällt es nicht schwer, diese Krankheitsform zu erkennen, weil sie nur durch mechanische

Ueberanstrengung des Sehnen- und Bandapparates entsteht. Ohne diese bestimmte Ursache gibt es diese Erkrankungsform nicht und unterscheidet sie sich insbesondere von der Gicht durch den Verlauf und dadurch, dass man diese Krankheit bei vorhandener Disposition jeden Augenblick hervorrufen kann, was bei der Gicht sicher nicht der Fall ist.

Prognostisch habe ich bei sämmtlichen bisher beobachteten Erkrankten dieser Art keine weiteren bleibenden Nachtheile gesehen als die leichten Recidive.

Bei Behandlung dieser Erkrankung reichten in leichten Fällen Ruhe und kalte Wicklungen aus, in schweren leistet eine Morphiuminjection die besten Dienste. Zu weiteren Mitteln meine Zuflucht zu nehmen, sah ich mich nicht veranlasst.

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Ein Fall von narbiger Pylorusstenose. Von Dr. Goldschmidt in Nürnberg.

Nicht wegen eines glänzenden therapeutischen Erfolges, vielmehr wegen der Schwierigkeit der Diagnose sowie des interessanten pathologisch-anatomischen Befundes halber möchte ich den nachfolgenden Fall mittheilen, weil er gleichzeitig lehrt, wie exact heutzutage auf dem Gebiete der Magenerkrankungen die Diagnose gestellt, wie fest auf dieselbe gebaut werden kann, wie diese den Weg zum therapeutischen Handeln vorzeigt und wie verhängnissvoll ein Verlassen desselben für den Patienten werden kann.

Herr Sch., 44 Jahre alt, kam am 8. Juni ds. Jrs. zum ersten Male in meine Behandlung. Er will früher stets gesund gewesen sein, stammt aus ganz gesunder Familie, lebt in sehr geordneten Verhältnissen, ist verheirathet und Vater zweier gesunder erwachsener Kinder. Excesse in Bacho sind nicht vorausgegangen, eine Ursache für das jetzige Leiden ist nicht bekannt Anfangs April stellten sich ziemlich plötzlich heftige Magenbeschwerden ein; häufiges Erbrechen wenige Stunden nach der Mahlzeit, Druck in der Magengegend und Abmagerung stellten sich ein. Die Beschwerden liessen wieder nach, er konnte wieder Nahrung zu sich nehmen und seinem Berufe nachgehen, bis Ende Mai der Zustand wieder schlimmer wurde und ihn veranlasste, am 8. VI. zum ersten Male mich zu consultiren. Bei der Untersuchung fand ich einen noch ziemlich gut genährten, jedoch offenbar schon abgemagerten Patienten; die Brustorgane boten normale Verhältnisse, der Magen war nicht druckempfindlich, es war nirgends eine Resistenz fühlbar, doch bestand eine leichte Ektasie desselben. Leber und Milz von gewöhnlicher Grösse, Urin frei von Zucker und Eiweiss. Das in ziemlich reichlicher Menge Erbrochene war verdaut, enthielt Salzsäure und war gallig gefärbt.

Ich glaubte, dass es sich um einen chronischen Magenkatarrh handle und verordnete Carlsbad. Daselbst wurde der Zustand während 3 Wochen nicht besser, im Gegentheil stetig schlechter, das Erbrechen dauerte fort, Patient magerte noch mehr ab, der vorher noch regelmässige Stuhlgang wurde retardirt. Er kehrte daher wieder zurück und da die Erscheinungen die gleichen geblieben waren, begann ich mit Magenausspülungen, die Früh, zuweilen auch Abends noch vorgenommen wurden; es zeigte sich dabei der Magen niemals leer, der Mageninhalt enthielt stets freie Salzsäure, die eingeführten Speisen waren grösstentheils verdaut; die Magenausspülungen hatten gleichfalls keinen Erfolg, ebensowenig die elektrische Behandlung des Magens, die wegen einer vermutheten motorischen Insufficienz vorgenommen wurde. Der objective Befund blieb derselbe, doch magerte Patient mehr und mehr ab, so dass er von Mitte Juli an schon das Bett nicht mehr verlassen konnte. Dabei bekam er ein stark kachektisches Aussehen, ohne je eine Spur von Icterus zu zeigen, wie auch weder der reichlich entleerte Urin noch der spärliche Koth je Erscheinungen von Icterus darboten. Die Diagnose war schon längst auf eine fast absolute Pylorusstenose gestellt. Obwohl sowohl ich als der noch zugezogene Conciliarius kein einziges Symptom entdecken konnten, das direct für ein bestehendes Carcinom gesprochen hätte, obwohl die chemische Untersuchung jederzeit freie Salzsäure im Mageninhalte nachwies, mussten wir doch bei der rapiden Abmagerung, bei dem cachektischen Aussehen des Patienten gegen unsere Ueberzeugung an eine Neubildung in der Nähe des Magens denken, die die Stenose des Magens bedingte und konnten uns nicht entschliessen, dem Patienten oder dessen Angehörigen ernstlich zur Vornahme einer Laparotomie zu rathen, die wohl auch von diesen verweigert worden wäre. Wir haben es, leider zu spät, bereut.

Patient starb bereits am 3. August. Die am 4. vorgenommene Section ergab bei gesunden übrigen Organen folgenden Befund: Der Magen mässig ausgedehnt, enthält reichliche Mengen flüssigen Speisebreies. Der Pylorus stark nach oben gezogen, war mit der geschrumpften Gallenblase fest verwachsen und durch narbiges Bindegewebe so fest umschnürt, dass kaum eine feine Sonde nach dem Duodenum hin durchzuführen war. Die Gallenblase klein, angefüllt mit zahlreichen Gallensteinen, die Wand stark verdickt. Der Duct. choled. erweitert bis zu Bleistiftdicke. Die Leber wie die übrigen Bauchorgane normal.

Der pathologisch-anatomische Vorgang ist demnach nicht schwer zu erklären. Es handelt sich primär um Gallensteine, die offenbar lange schon bestanden, ohne je Erscheinungen gemacht zu haben, da sie den weiten Duct. choled. bequem passiren konnten. Diese Gallensteine führten zu einer Entzündung und Verdickung der Gallenblasenwand und diese zu einer adhäsiven Entzündung in der Umgebung, die den Pylorus des Magens heranzog und zu einer äusseren narbigen Strictur desselben führte.

Dass wir uns Angesichts dieses Befundes Vorwürfe darüber machten, dass wir nicht zu einer Operation gerathen haben, ist wohl erklärlich. Eine Probelaparotomie würde die Verhältnisse klar gelegt und einer Pyloroplastik nach Heineke oder sicherlich eine Jejunogastrotomie das Leben des Patienten verlängert haben.

Es lehrt dieser Fall einmal, wie präcis heutzutage im Grossen und Ganzen die Differentialdiagnose zwischen Narbenstenose des Magens und carcinomatöser Stenose durch die chemische Untersuchung gestellt und wie sicher auf diese Diagnose hin das therapeutische Handeln bauen darf; er legt aber ferner auch uns an das Herz, in jedem Falle von Pylorusstenose wenigstens eine Probelaparotomie vorzunehmen, die bei dem Fortschritte der Bauchchirurgie und unter dem Schutze der Antiseptik so gefahrlos geworden ist, dass sie unter die nothwendigen diagnostischen Hilfsmittel aufgenommen zu werden verdient und in strittigen Fällen nie versäumt werden sollte.

Von diesem Gesichtspunkte aus schien mir die Mittheilung dieses Falles trotz therapeutischen Misserfolges wünschenswerth und nicht uninteressant.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

H. v. Ziemssen und J. Bauer: Arbeiten aus dem medicinisch-klinischen Institute der k. Ludwig-Maximilians-Universität zu München. II. Band. Mit 16 lithographirten Tafeln. 1. u. 2. Hälfte. Leipzig, F. C. W. Vogel. 1890.

Die reiche Sammlung vorwiegend experimentell-pathologischer Arbeiten, welche in zwei stattlichen, fast 600 Seiten umfassenden, mit vorzüglichen Abbildungen versehenen Büchern vor uns liegt, giebt zunächst ein glänzendes Zeugniss von der fruchtbringenden Thätigkeit überhaupt, wie sie in dem Münchener klinischen Institute in den letzen sechs Jahren geherrscht hat. Sie lehrt uns zudem im Besonderen, dass an der Arbeit und den Erfolgen einerseits der Director selbst in hervorragendster Weise betheiligt ist, andererseits aber auch eine grössere Zahl von Professoren und Docenten der Münchener Universität wesentlichen Antheil hat, denen das Institut eine Heimstätte für ihre wissenschaftlichen Bestrebungen gewährt. Nicht zum Wenigsten der letzt erwähnten liberalen Einrichtung der Anstalt ist es zuzuschreiben, dass die wissenschaftlichen Ergebnisse so reichhaltig und vielseitig sind. Auf dieselben im Einzelnen einzugehen brauchen wir nicht. Denn sie sind an anderer Stelle, der Hauptsache nach im Deutschen Archiv für klinische Medicin, veröffentlicht und auch zum Theil schon in dieser Wochenschrift referirt. Eine kurze Inhaltsangabe dürfte daher genügen. Eingeleitet wird das Ganze durch einige sehr beachtenswerthe Bemerkungen v. Ziemssen's, in welchen der für die Verbesserung des medicieischen Unterrichts unermüdlich und so erfolgreich thätige Kliniker die Einrichtung des Instituts, wie sie sich in der letzten Zeit gestaltet hat, in knapper Weise schildert. Die Abhandlungen selbst lassen sich im Wesentlichen in 3 Hauptgruppen eintheilen. Einen grossen Raum nehmen die Arbeiten über die Physiologie, Pathologie und Therapie des Herzens und des Circulationsapparates ein, von denen besonders die Studien am freiliegenden Herzen eines Menschen von v. Ziemssen und v. Maximovitsch, sowie diejenigen des Ersteren über Pulsus differens hervorgehoben sein mögen. In Beziehung zu der Nervenpathologie, insbesondere der diagnostischen Verwendung der Elektricität in derselben, steht eine nicht viel kleinere Gruppe von Abhandlungen, unter denen diejenigen R. Stintzing's hervorragen. Unsere Kenntnisse in der physiologischen und pathologischen Chemie fördert ebenfalls eine ganze Reihe von Untersuchungen, so die Versuche

J. Bauer's und M. Reihlen's über die Eiweisszersetzung bei einem Leukämischen und die ausführlichen Forschungen von Moritz über die reducirenden Substanzen des Harns. Diesen auf die angeführten drei Hauptgebiete gerichteten Gruppen von Abhandlungen schliessen sich noch Einzelne laryngologischen, ohrenärztlichen und pharmakologischen Inhalts an, welche unter Leitung von Oertel, Bezold und Tappeiner gearbeitet sind. Möge aus dem Institut eine dem vorliegenden sich würdig anreihende Zahl von weiteren Bänden hervorgehen. Damit dies geschehen könne, möge aber auch der zum Schluss der Einleitung ausgesprochene Wunsch nach Vergrösserung von Mitteln und Räumlichkeiten, wie sie in Folge der gesteigerten Frequenz unbedingt nothwendig geworden ist, baldigst in Erfüllung gehen!

Penzoldt-Erlangen.

Jahn und Hennig: Leitfaden zur ökonomischen Arzneiverordnung für deutsche Cassenärzte, Militärärzte und Polikliniker. Stuttgart, F. Enke 1890. Preis 6 M.

Das vorliegende Buch entspricht, soweit es sich mit der Lösung der im Titel vorgezeichneten Aufgabe beschäftigt, einem entschiedenen Bedürfniss. Die weit verbreitete Untugend der Aerzte, bei ihren Vorschriften auf deren Preis wenig oder gar keine Rücksicht zu nehmen und die von dem Verfasser geschilderten Consequenzen dieser Untugend, lassen eine Anleitung zur Arzneiverordnung, die grösseren Bedacht auf Billigkeit der Recepte nimmt, als dies in den meisten der üblichen Lehrbücher der Fall ist, wünschenswerth erscheinen. Eine solche Anleitung enthält in trefflicher, von gründlicher Sachkenntniss zeugender Darstellung der erste, freilich nur einen relativ kleinen Theil des Inhaltes ausmachenden Theil des vorliegenden Werkes. Das Gros des Buches füllt eine zumeist aus verschiedenen Lehrbüchern zusammengetragene, nach Krankheiten geordnete Receptsammlung, die übrigens selbst den Grundsätzen der billigen Arzneiverordnung häufig genug Hohn spricht. Wozu diese Sammlung, nachdem der Leser durch die vorhergehende Anleitung doch gelernt hat, selbst billige Recepte zu schreiben? Das Buch wird dadurch nur vertheuert und erhält, trotz seiner sonstigen guten Eigenschaften, eine gewisse geistige Verwandtschaft mit der grossen Menge werthloser Recept-Automaten, die den Büchermarkt überschwemmt. — Gut und reich an für die Praxis wichtigem Material ist wiederum der Anhang des Buches, enthaltend Anleitungen zur Vermeidung auffallender technischer Fehler bei der Arzneiverordnung, sowie Tabellen über die Dosirung der Arzneimittel.

Vereins- und Congress-Berichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 17. December 1890.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr **B. Fränkel: Ueber die Anwendung des Koch'schen Mittels bei Tuberculose** mit Krankenvorstellung.

Nach einleitenden Bemerkungen, die Bekanntes bringen, bespricht F. seine Erfahrungen. Er hat vom 18. XI. an behandelt: 15 Fälle von Lungenphthise, combinirt mit Larynx- und Pharynxtuberculose, 7 Fälle von Lungenphthise ohne diese Complication und 5 Fälle von Lupus.

Die allgemeine Reaction verlief wie bekannt. Doch sah F. einige Male an Stelle des intermittirenden Fiebers eine Continua treten. Ferner sah er einen Fall, wo trotz hoher Dosen bei einer sicher Tuberculösen die höchste Temperatur 38,2 betrug. Das Laryngoskop wies nach, dass das Mittel trotzdem wirkte.

Oertlich sah F. stets Schwellung und Röthung, wie bei Entzündung, jedoch eine bedrohliche Schwellung, und Dyspnoe und Stridor. Fälle von Phthisis laryngis sollen desswegen zuerst mit sehr kleinen Dosen, die nur langsam ansteigen, behandelt werden. Im Uebrigen bestätigt F. die von laryngologischer Seite gemachten Mittheilungen; auch er sah bestehende Schwellungen sich abflachen, Ulcerationen sich reinigen, an vorher nicht krank erschienenen Stellen neue Schwellungen und Ulcerationen einschiessen u. s. w. Interessant ist, dass einmal über dem scheinbar gesunden linken Aryknorpel eine Perichondritis auftrat, die mit Perforation endigte. Die Heilung der Geschwüre erfolgt in derselben Weise, aber schneller, wie bei der Localtherapie durch Aufschiessen frischer guter Granulationen. Die Veränderungen im Lungenbefund, in der Anzahl und dem Aussehen der Bacillen, in der Quantität des Sputum entsprechen durchaus dem, was bisher berichtet ist. Einmal sah F. die Bacillen erst nach der ersten Injection.

Tritt bei älteren Fällen Febris continua ein, so bricht F. die Behandlung nur ab, wenn der Allgemeinzustand sich verschlechtert.

F. sah auf der ganzen Linie eine Besserung, aber noch keine Heilung eintreten und glaubt, dass das Koch'sche Mittel ein Heilmittel gegen Tuberculose sei. Natürlich wird die Krankheit nicht fortgeblasen und schwere vorgeschrittene Fälle sind nicht heilbar. Solche sollte man gar nicht erst in Behandlung nehmen.

Folgt Krankenvorstellung.

Herr **Senator: Ueber renale Hämophilie.**

Eine 19jährige Dame suchte im Februar 1890 S's Behandlung auf wegen Hämaturie. Das Leiden war zuerst im Jahre 1887 beobachtet worden, hatte aber höchst wahrscheinlich schon früher bestanden. Es dauerte damals einige Wochen, um dann fast 2 Jahre zu verschwinden. Sie hüstelte dann etwas, so dass der Verdacht auf Tuberculose sich einstellte. Im December 1889 trat plötzlich die Blutung auf's Neue und mit grosser Heftigkeit auf. Sie hatte ausser Pruritus und Typhlitis keine Krankheit durchgemacht.

Es war eine kräftige, stattliche Dame, deren Organe, besonders die Lunge, keine Abnormität darboten, die Niere war für die Palpation frei, eine von berufenster Seite gemachte gynäkologische Untersuchung hatte nichts Krankhaftes ergeben. Ebenfalls von berufenster Seite war seinerzeit festgestellt worden, dass die erste »Hämaturie« thatsächlich eine Hämoglobinurie gewesen war. Diesmal handelte es sich aber thatsächlich um Blutung. Die Harnentleerung erfolgte schmerzlos. Liess man den Urin stehen, so setzte sich das Blut nur unvollständig ab; mikroskopisch fand sich nur ein Mal ein Harnsäurekrystall. Fieber war nie vorhanden.

In Erwägung aller dieser Umstände glaubte S. die gewöhnlichen Ursachen einer Nierenblutung, Tumoren, Harngries u. s. w., oder gar parasitäre Hämaturie ausschliessen zu können und dachte an Hämophilie. Anamnestisch ergaben sich sofort Anhaltspunkte.

Der Vater der Patientin (der seine Cousine geheirathet hatte) hatte von Jugend auf viel an Blutungen gelitten. Von den Geschwistern war der älteste Bruder im Alter von 17 Jahren gestorben und zwar »an einem typhösen Fieber, das mit Flecken auf der Haut einherging und unter Blutverlusten endete« (Purpura?). Die übrigen Geschwister, ein Onkel der Kranken, zwei seiner Kinder litten oder leiden noch an starkem Nasenbluten, die Schwestern des Vaters waren alle ungewöhnlich stark menstruirt. Die Grossmutter hatte bis zum 57. Jahre stets eine sehr starke Menstruation gehabt.

Es schien also, als wenn die Neigung zu Blutungen vom Vater her vererbt und durch die Heirath mit seiner Cousine noch verstärkt sei. Darauf fussend, stellte S. die Diagnose auf Hämophilie.

Eine tonisirende, adstringirende Behandlung hatte nicht den geringsten Erfolg. Sie kam nach Berlin. Veit fand Blase und Genitalorgane gesund, Nitze bestätigte kystoskopisch den Blasenbefund und stellt fest, dass die Blutung aus dem rechten Harnleiter stammte. Da die Patientin immer anämischer wurde und der Verblutungstod unvermeidlich war, schritt S. zur Operation, die Sonnenburg ausführte. Es war ein ängstliches Wagestück; denn wenn auch geschnittene Wunden bei Hämophilen weit weniger zu Blutungen neigen, als gequetschte, so war es doch die erste Nephrectomie, welche auf Grund der Diagnose Hämophilie ausgeführt würde. Aber da kein Verzug möglich war, wurde am 22.X. operirt. Die freigelegte Niere zeigte weder für die Inspection noch für die Palpation etwas Pathologisches. Es war ein kritischer Moment. Sollte man eine gesunde Niere exstirpiren? Trotzdem entschied sich S. für die Exstirpation. Der Wundverlauf war günstig; Patientin wurde nach 4 Wochen geheilt entlassen. Der Urin zeigte nur am Tage der Operation noch Spuren von Blut, Reste, die sich noch in Ureter und Blase befanden; von da an schien der Urin gänzlich blutfrei. Die exstirpirte Niere erwies sich Herrn O. Israël als ganz gesund; er bestätigte aus dem negativen Befunde die Diagnose.

Um die Leistungsfähigkeit der gebliebenen Niere zu prüfen, untersuchte S. nach der Nephrectomie den Urin auf Menge, abnorme Bestandtheile und Stickstoffgehalt. Abnorme Bestandtheile zeigten sich nicht; aber am zweiten Tage wurde eine sehr grosse Quantität Harn ausgeschieden mit einem ganz enormen Stickstoffgehalt, wie er nur bei gesunden, erwachsenen Männern im besten Ernährungszustande erscheint. Von da an fiel der Gehalt allmählich auf eine dem mässi-

gen Ernährungszustande und der mässigen Nahrungsaufnahme entsprechende Quantität. Die linke Niere war der Ausscheidung der Stoffwechselrückstände also mehr als gewachsen.

Solche Fälle werden ohne Zweifel schon früher vorgekommen sein. In der Literatur findet sich aber nichts darüber. Die sogenannte essentielle Hämophilie der älteren Schriftsteller unterliegt immer dem Verdacht einer Verwechselung mit Hämoglobinurie. Auch ist der Krankheitsbegriff der Hämophilie ja überhaupt erst seit 50—60 Jahren hauptsächlich durch Schönlein in der Medicin zu Bürgerrecht gelangt. Aber auch in der neueren Literatur findet sich nichts, nur in den letzten zwei Jahren 2 Fälle, die wenigstens der Therapie nach hierher gehören, von Ollier-Lyon und Schede-Hamburg. Ollier machte die Nephrectomie bei einem 30jährigen Mädchen, das an Blutungen und Schmerzen litt, mit der Diagnose: Nierensteine. Die exstirpirte Niere schien gesund. Er nennt den Zustand Nephralgie hématurique. Schede machte die Nephrectomie bei einem 50jährigen Manne wegen unstillbarer Blutung. Die Blutung stand. Die exstirpirte Niere zeigt keine Abnormität. Er braucht den Ausdruck: eigenthümliche, renale Hämophilie der Niere, aber wohl ohne Bezug auf die Hämophilie als angeborene Constitutionsanomalie, da er keine anamnestischen Daten bringt. Er ist wohl nicht darauf gekommen, weil der Kranke über das Alter hinaus war, in dem Hämophilie auftritt, was nach Grandidier niemals nach dem 22. Jahre geschehen ist. Sonach erscheint S's Fall als der erste, wo die Diagnose gestellt und auf Grund der richtigen Diagnose die Nephrectomie gemacht ist.

Was gegen die Diagnose misstrauisch macht, ist, dass hämophile Nierenblutungen selten sind, und ganz besonders, dass man gewöhnt ist, die Hämophilie als eine allgemeine Ernährungsstörung aufzufassen. Man konnte sich eine isolirte Blutung auf so allgemeiner Basis nicht denken. Diese Anschauung widerlegt zunächst vorliegender Fall, aber auch die bisherige Erfahrung. — Die grossen Zusammenstellungen geben übereinstimmend an, dass die grösste Zahl der Blutungen aus der Nasenhöhle stammt, dann folgt Mundhöhle, Darmcanal, Nieren, Lungen. Schon diese Thatsachen weisen darauf hin, dass die Hämophilie oft nur in einem Organ sitzt; wir müssen also die Vorstellung aufgeben, dass es sich in allen Fällen um eine allgemeine Ernährungsstörung, um eine constitutionelle Erkrankung handelt. In vielen Fällen handelt es sich sicher um örtliche Störungen, die auf hereditärer Anlage beruhen, besteht eine Analogie zu den vererbten localen Missbildungen, Muttermälern, Phimosen, überzähligen Fingern u. s. w.

Es handelt sich vielleicht um abnorme Dünnheit der Gefässe, um besonders oberflächliche Lage u. s. w. Man muss also auch die Vorstellung, dass etwa eine Plethora die Ursache sei, fallen lassen.

Praktisch folgt daraus, dass man nicht, wie bisher, das Hauptgewicht auf eine allgemeine, tonisirende Behandlung legen soll, sondern local zugreifen, die Quelle der Blutung verstopfen müsse. Bei renaler Hämophilie ist die Nephrectomie indicirt.

Es ist somit der operativen Chirurgie ein neues Gebiet erschlossen, auf dem sie wahrscheinlich glänzende Triumphe feiern wird; aber es ist hervorzuheben, dass ihr die innere Medicin dies Gebiet erschlossen hat.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 22. December 1890.

Vorsitzender: Herr Leyden.

Herr Orthmann weiht dem verstorbenen Geh. Sanitätsrath Meyer einen warmen Nachruf.

Vor der Tagesordnung: Herr Prof. **Klebs** (a. G.): **Demonstration.**

Die Landry-Kussmaul'sche Paralyse wird in neuerer Zeit allgemein als Folge eines toxischen Einflusses angesehen (Westphal). Neuerdings sind solche Paralysen mehrfach im Gefolge der verschiedensten Infectionskrankheiten beobachtet worden nach Typhus, Variola, Milzbrand (Baumgarten). In anderen Fällen fehlt jeder ätiologische Anhaltspunkt.

Einige anatomische Thatsachen, an einem einzigen Falle erhoben, erwecken nun die Hoffnung, dass es gelingen wird, ein anatomisches Substrat für die räthselvolle Krankheit aufzufinden. Es handelt sich um Störungen der Circulation, um einen Ausbau desjenigen Gebietes, welches Virchow im Anfang seines grossen Lebens uns erschlossen hat. Recklinghausen hat neuerdings darauf hingewiesen, dass bei einer grossen Reihe der verschiedenartigsten Processe Thrombosen vorkommen, welche weder embolischer Natur sind, noch sich den marantischen Thrombosen einreihen lassen, nämlich hyaline Thrombosen. Diese kommen hauptsächlich dort vor, wo die Blutgerinnungserzeuger, die Blutfibrine, im Blute frei werden. Es ist das ein Fall, welcher namentlich bei Verbrennungen der Körperoberfläche eintritt (Welty).

Um solche hyaline Thromben handelte es sich auch bei dem Falle von Landry'scher Paralyse, Thromben, welche sich in einem ganz bestimmten Gebiete des Rückenmarkes vorfinden und zwar immer in den Centralarterien. Die thrombosirten Gebiete finden sich ausschliesslich in der Wurzel der grauen Hörner, zu beiden Seiten des Ependymcanals; (und zwar handelt es sich um vitale, nicht etwa postmortale, durch Sublimat etwa erzeugte Gerinnungen; denn unsere Fixationsmittel erzeugen sonst nirgends Gerinnungen. Und ferner beweisen secundäre Erscheinungen, dass die Gerinnung intra vitam erfolgte: mikroskopische Hämorrhagien, Erweiterung der pericellulären Räume, die sich mit einer netzartigen Substanz angefüllt zeigen, welche viele Zellen mit grossen Kernen enthält. Es handelt sich also um Transsudation in Folge der Thrombose).

Wie kommt es nun, dass gerade in diesen Gefässgebieten die Thrombosen zu Stande kommen? Die anatomische Anordnung der Gefässe macht dies begreiflich. Die grauen Vorderhörner werden versorgt von 2 »concurrirenden« Arterien, den centrales und den radicales. Die ersteren entstammen der Art. spinalis anterior, welche aus der Vertebralis entstammend, in der vorderen Medianfurche des Marks verlaufend, von vorn her Aeste in das Rückenmark entsendet. Zweitens die radicales, welche den intercostales und lumbales entstammen und zwar den vorderen Zweigen derselben, mit einem so kurzen Verbindungsstücke, dass sie der Aorta ausserordentlich nahe sind, während die Artt. centrales durch eine sehr lange Strecke Weges von der Aorta entfernt sind. Es ist also hier eine merkwürdige Ungleichheit der anatomischen Anordnung vorhanden, derart, dass Circulationstörungen in dem einen Gefäss viel grösseren Effect ausüben müssen, als in dem anderen, z. B. schon eine Muskelcontraction.

Daraus ergiebt sich, dass die Art. spinalis anterior für die Pathologie des Rückenmarks eine sehr hohe Bedeutung haben muss.

Wenn nun eine der Arterien thrombosirt ist, so wird das Gewebe, aber nur schwach, durch die »concurrirende« ernährt werden können, es werden sich Hämorrhagien bilden, da die Geschwindigkeit verringert und der Blutdruck gesteigert wird, sobald das Stromgebiet verlängert wird. Es treten Ernährungsstörungen, Transsudation in die pericellulären Räume ein, Alles Folgen der Thrombose.

Wie kommt nun dieser Zustand? Sie als Effect eines vasomotorischen Vorganges hinzustellen, heisst ein Wort brauchen, wo Begriffe fehlen. Hier muss der Klinik das Wort bleiben. Die Klinik sieht die Krankheit ganz besonders häufig nach Infectionskrankheiten, und zwar nach den verschiedensten. Auch in diesem Falle ist ein solcher Process vorausgegangen; der Mann litt seit Monaten an heftigen, febrilen Anfällen mit gastrischen Störungen. Dann trat die Landry'sche Paralyse ein, welche schnell ad exitum führte. Die Section ergab eine Tuberculose des Pericardium, am Hilus zwischen Ventrikeln und Vorhöfen, verursacht durch die Perforation einer verkästen Bronchialdrüse in's Pericardium.

Die Tuberculose hat in diesem Falle wohl kaum die Thrombose der Centralarterien herbeigeführt; blieb doch die Unter-

suchung negativ. Klebs glaubt, dass nur die Enzyme der Infectionserreger die Ursachen der Thrombose sein können.

Herr Bernhardt fragt an, ob Herr Klebs den geschilderten Vorgang für alle oder für die Mehrzahl der Fälle als constant ansieht, und erinnert daran, dass Immermann ebenfalls eine Affection der grauen Vorderhörner gefunden hat, dass aber auch Affectionen der peripherischen Nerven und auch in einzelnen Fällen Veränderungen der weissen Substanz, z. B. der Seitenstränge, gefunden wurden.

Herr Klebs glaubt nicht, dass die peripherischen Nerven bei der Landry'schen Paralyse primär betheiligt sind. In seinem Falle fanden sich die peripherischen Nerven gesund. Ob die Thrombose sich in anderen Fällen fand oder finden wird, davon weiss K. natürlich nichts. Er hebt aber hervor, dass es mit dem Vorschreiten der Lähmung von unten nach oben sehr gut stimmt, dass die untersten Theile der Art. spinalis ant. der Thrombosirung am meisten ausgesetzt sind.

Vor der Tagesordnung. Herr **Remak** demonstrirt die besonders in letzter Zeit aus Charcot's Schule demonstrirte **Schiefhaltung** eines Patienten mit **Ischias**. Brivot hat 2 Formen beschrieben, eine mit Skoliose im Lendentheil mit der Convexität nach der kranken Seite hin und Vorwölbung der kranken Hüfte, und eine zweite, gerade umgekehrt. Letztere fasst er auf als den Ausdruck der sogenannten spasmodischen Ischias. Dieser Patient nun nimmt je nach Laune die eine oder die andere Stellung ein, um das kranke Bein zu entlasten, so dass dieser Beweis für die Existenz einer spasmodischen Ischias als misslungen anzusehen ist.

Herr Renvers: Ueber die Behandlung der Perityphlitis und Appendicitis.

Verschieden sehen Patholog, Chirurg, innerer Kliniker die Processe am Coecum und Appendix.

Der Patholog sieht einzig die schweren Fälle, die zur Obduction gelangen, und zwar 1) die foudroyant tödtenden, diffusen, septischen Peritonitiden, wo der Processus vermiformis durchbrochen frei in der Bauchhöhle liegt; oder 2) die Fälle von längerer Dauer, eiterige Peritonitis, der Wurmfortsatz zwar abgekapselt, aber diese Höhle perforirt; 3) die Wochen dauernden Formen, wo sich, ausgehend vom Coecum oder dem Wurmfortsatz ausgedehnte Abscesse gebildet haben, mit metastatischen Abscessen überall, wo der Patient der Pyämie erlag. Hier geht der Process gewöhnlich vom Coecum aus, der Abscess sitzt im retroperitonealen Bindegewebe; die Ursache pflegen wir mit Voltz in Fremdkörpern oder Kothsteinen zu suchen. Eine ausgedehnte Statistik ergab aber, dass neben diesen Geschwüre eine sehr grosse Rolle spielen. Unter 10,000 Obductionen in der Charité waren 112 an Krankheiten des Coecum und seiner Anhänge Gestorbene. Davon waren 24 Kothsteine, 4 Fremdkörper, 29 Geschwüre, davon 20 tuberculöse.

Aus der Literatur stellt R. 459 Obductionsberichte zusammen; hier fanden sich 179 mal Kothsteine, 16 mal Fremdkörper; ebensoviel Geschwüre; $^5/_6$ der Fälle starben an Perforation des Wurmfortsatzes. Perforation des Coecum ist im Verhältniss viel seltener.

Aber der letale Ausgang ist verhältnissmässig selten. Nur 3—4 Proc. der Kranken stirbt. Was wird aus dem Process bei den Genesenen? R. hat 13 solcher Fälle bei Obductionen entdeckt und übereinstimmend gefunden, dass der in festes Bindegewebe eingebettete Wurmfortsatz total obliterirt war. Am Coecum fand er in diesen Fällen eine Verdickung der Serosa, aber niemals Verklebung mit anderen Darmschlingen. Einmal fand sich, an festem Narbengewebe, ein kleiner Kothstein. Diese Verhältnisse sind als geheilte Perforationen des Appendix aufzufassen.

Der Chirurg muss sich anders stellen. Herr Sonnenburg hat im Verhältniss zu früheren Aeusserungen von chirurgischer Seite bescheidene Anforderungen gestellt. Früher verlangten die Chirurgen alle Fälle von Typhlitis etc. für sich. Ganz natürlich; denn sie sehen nur die grossen Eiterungen. Diese Fälle ebenso wie die schweren Perforationsperitonitiden gehören natürlich auf den Operationstisch.

Aber das strittige Gebiet sind die acut auftretenden, aber abgekapselten Herde, die meist von lang vorbereiteter Perforation des Wurmfortsatzes ihren Ausgang nehmen. Sie führen zu Abscessen, heilen aber ebenso oft spontan. Die Franzosen und Amerikaner verlangen freilich in allen diesen Fällen nicht nur Eröffnung, sondern auch Resection des Appendix, eine technisch unmögliche Forderung. Noch weniger ist gutzuheissen, wenn Andere verlangen, dass man erst die Krankheit ablaufen lassen soll und nachher den Appendix reseciren.

Der praktische Arzt kann damit nicht einverstanden sein. Er weiss, dass von den mit einer schmerzhaften Anschwellung der Fossa iliaca dextra fieberhaft Erkrankten 96 Proc. spontan zur Heilung kommen, wie es eine Statistik der Armee ergibt. Von 54 Fällen der ersten inneren Klinik starben in 4 Jahren 3 an acuter Perforationsperitonitis und Sepsis.

R. meint, dass das Gros der Fälle eine einfache Kothstauung darstellt, die aber zu heftiger Reizung, ja zu phlegmonöser Entzündung der Umgebung des Coecum und Colon führen kann unter hohem Fieber. Zweimal sah R. geradezu Ileuserscheinungen. In der Anamnese findet man dann chronische Obstipation, seit Wochen auftretende leichte Schmerzen in der rechten Seite. Man findet dann eine grosse, sehr schmerzhafte, teigige Schwellung, die sich hoch bis in die Gegend des Colon zieht.

Unter geeigneter Behandlung heilen diese Kranken aus, wenn auch Fieber und Schmerz noch bis 8 Tage anhalten kann. So bei gesunden Individuen. Nach Typhus, Dysenterie, bei Tuberculose kann aber sehr wohl eine Kothstauung Ursache der Vergrösserung und des schliesslichen Durchbruches eines Geschwüres sein. Durch die lange Reizung ist das Peritonäum meist abgekapselt und es entsteht eine Perforation, ein Abscess im retroperitonealen Gewebe, eine »Paranephritis«, die häufig zu Pyämie führt. Hier ist also der Anfang derselbe, der Ausgang aber schlimmer.

Eine andere Reihe von Fällen charakterisirt sich dadurch, dass nach leichten Beschwerden an einer Stelle rechts über dem Ligamentum Poupartii infolge einer Anstrengung, eines Stosses, einer reichlichen Mahlzeit sehr heftige Schmerzen und schnell eine taubeneigrosse Geschwulst auftritt, die sich in wenigen Stunden bis Hühnereigrösse vergrössert. In der grossen Mehrzahl der Fälle bleibt diese Geschwulst unter mässigem Fieber 8—14 Tage stabil, dann bleibt noch Monate lang eine geringe Resistenz und Schmerzhaftigkeit bestehen. Diese Fälle sind aufzufassen als eine Perforation des Processus vermiformis und zwar in einen abgekapselten Raum. Hier ist wohl immer Eiter vorhanden, wie R. verschiedentlich durch die nach seiner Meinung ganz ungefährliche Punction nachweisen konnte (ein Paar Bacterien verträgt das gesunde Bauchfell sehr gut), aber der Eiter resorbirt sich und die Krankheit heilt in den meisten Fällen.

Wachsen aber solche Anschwellungen in den ersten 8 Tagen dauernd, so soll man nicht zuwarten, auch nicht punctiren. Hier muss der Chirurg eingreifen. Ob die zweizeitige Operation gut ist, bleibe dahingestellt. Zweimalige Narkose, zweimalige Operationsfurcht bei solchen Kranken ist nicht unbedenklich; und die Verwachsungen sind nicht so fest, dass sie nicht bei den Manipulationen der ersten Operation oder dem Erbrechen nach der ersten Narkose reissen könnten.

Die ganz schweren septischen Erkrankungen müssen sofort operirt werden.

Aber von allen Erkrankungen gehört nur ein kleiner Theil dem Chirurgen, die meisten kann der praktische Arzt mit Laxantien und Opium, mit Ruhe, Diät und Wärme zur Heilung bringen.

Greifswalder medicinischer Verein.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 6. December im Auditorium der med. Klinik.

Vorsitzender: Herr Mosler. Schriftführer: Herr E. Hoffmann.

(Schluss.)

Herr **Helferich** bringt diejenigen Kranken zur Demonstration, welche in der letzten ausserordentlichen Vereinssitzung am 20. November Vormittags mit dem **Koch'schen**

Heilmittel injicirt, oder nach Tags zuvor gemachter Injection im Stadium der Reaction vorgestellt waren. Die 4 Lupusfälle zeigen sämmtlich eine wesentliche Besserung an den Ulcerationsflächen; von grösstem Interesse ist, dass bei dem schwersten Lupusfall in Folge der Einspritzung am Rücken zwei erbsengrosse Stellen, bis dahin nicht erkennbar, manifest wurden, und dass diese, wie auch eine nahe gelegene frische Stelle am Rücken nunmehr nach 4 Injectionen local nicht mehr reagiren, völlig vertrocknet erscheinen, und jetzt den Eindruck einer bräunlich rothen vertieften Narbe erwecken. Ein Lupus des Gaumens mit ausgedehnten Geschwüren in voller Heilung, eine reine Granulationsfläche mit normaler Randüberhäutung. Bei 4 Coxitisfällen sind nach der Injection typische Erscheinungen acuter Verschlimmerung des Gelenkleidens aufgetreten (Schmerzsteigerung, Zunahme der pathologischen Stellung, Unbeweglichkeit); es hatte den Anschein, dass gleichzeitige mechanisch-orthopädische Behandlung (Gewichtsextension) günstig wirkte. Bei 6 weiteren Fällen von Knochen- und Drüsentuberculose sind keine von anderen abweichende Beobachtungen gemacht worden. Der Fieberreaction widmete H. noch genauere Mittheilungen auf Grund sorgfältiger Tag und Nacht fortgesetzter Temperaturmessungen unter Vorlage sämmtlicher Curven. H. betont, dass der therapeutische Effect der Injection zur Zeit noch nicht beurtheilt werden kann, wenn auch wunderbare Veränderungen im Sinne der Besserung und Heilung schon vorliegen. Aeusserst werthvoll ist dagegen die diagnostische Bedeutung des Heilmittels, wie auch hier festgestellt werden konnte. Dieselbe trat unter anderem hervor bei einem Kranken mit Kniegelenkscontractur, welcher zur Operation aufgenommen war und bei welchem in den alten Narbengeweben am Knie noch local und auch allgemein eine heftige Wirkung der Injection zu bemerken war. Dann bei einem Mädchen mit tuberculöser Erkrankung des inneren Zwischenknorpels am Kniegelenk, bei welchem diese Erkrankung erst mit Hülfe des Koch'schen Mittels und der Reaction sicher festgestellt werden konnte. (Autoreferat.)

Herr **Brettner**-Swinemünde spricht 1) über semiotische Bedeutung des Gesichtsausdrucks in Krankheiten mit Vorzeigen von Photographien, die er als Assistent der Leyden'schen Klinik aufgenommen hat. 2) Stellt er einen Kranken vor, der mittels conservativer Chirurgie behandelt ist, nachdem ihm durch einen Granatsplitter der rechte Unterarm und die Hand schwer verletzt waren. Der günstige Erfolg wird besonders von Prof. Helferich betont.

Herr **Hugo Schulz** sprach über Versuche betreffend die **Wirkung fortgesetzter Aufnahme kleiner Mengen von Phosphorsäure** bei Gesunden.

Die Wirkung auf die Herzthätigkeit gestaltete sich in der Mehrzahl der Fälle so, dass eine zuweilen bis zum Herzklopfen sich steigernde Vermehrung der Pulsfrequenz zur Beobachtung kam. In zwei Fällen wurde auffallende Anschwellung der oberflächlich gelegenen Lymphdrüsen beobachtet. Die geschwollenen Drüsen waren nicht schmerzhaft und gingen nach Aussetzen der Phosphorsäure bald wieder auf ihren normalen Umfang zurück.

Herr **Peiper** stellt einen Töpfergesellen vor, bei welchem ein **angeborener Mangel der Sternocostalportion des M. pectoralis major,** ein völliges Fehlen des M. pectoralis minor, des unteren Theiles des M. serratus anticus major und der linken Brustwarze besteht. Die linke obere Extremität ist schwächer entwickelt als die rechte.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 16. December 1890.

(Schluss.)

Vorsitzender: Herr Eisenlohr.

2. Herr **Fränkel** demonstrirt a) ein linsengrosses, ulcerirtes Cancroid im rechten Sinus piriformis, herstammend von einem 68jährigen Mann. Demselben war kurz vorher ein grosses Convolut carcinöser Halslymphdrüsen exstirpirt worden; b) ein bohnengrosses, papilläres Epitheliom an der hinteren Oesophaguswand in der Höhe der Bifurcation der Trachea. Auch hier war ein Lymphdrüsencarcinom am Halse exstirpirt worden, das bald durch Recidiv zum Tode führte.

In beiden Fällen war der primäre Tumor intra vitam latent geblieben und nur die secundären Tumoren für die Therapie in Frage gekommen. Beide Fälle lehren auch, dass die Grösse der secundären Tumoren keinen Schluss auf die Grösse des primären zulässt. Er schlägt vor, bei derartigen zweifelhaften Halsgeschwülsten zuerst eine Probeexcision zu machen, von deren mikroskopischer Untersuchung die Entscheidung einer radicalen Exstirpation abhängig zu machen sei.

3. Herr Rumpel (als Gast) demonstrirt eine totale Dilatatio Oesophagi im untern Dritttheil ohne jede nachweisbare Ursache. Das Präparat stammt von einem 53jährigen Schauspieler, der seit 20 Jahren »magenleidend« war. Seit 12 Jahren bestanden Stenosenerscheinungen seitens der Speiseröhre, indem die Speisen nur zum Theil in den Magen gelangten, zum Theil wieder regurgitirten. Seit 10 Jahren bougirte sich Patient auf Anrathen zweier Wiener Kliniker täglich den Oesophagus, konnte so flüssige und breiige Speisen in den Magen bringen und führte ein erträgliches Dasein. Ende dieses Jahres traten Symptome eines Herzleidens auf, dem Patient am 4. December erlag. Patient kam am 14. October in das Krankenhaus auf Prof. Kast's Abtheilung. Die Sonde stiess 48 cm hinter den Zähnen auf ein Hinderniss, das manchmal leicht, manchmal schwer zu überwinden war. Die Diagnose lautete auf ein Oesophagusdivertikel. Bei Ausspülungen gelang es, das vermeintliche Divertikel auszuwaschen, ohne dass Flüssigkeit in den Magen gelangte. — Die Section ergab weder Strictur noch Divertikel, sondern nur Dilatation im untern Oesophagusabschnitt. Bei den Ausspülungen muss die Cardia sich ventilartig geschlossen haben. Aehnliche Fälle konnte R. 20 mal in der Literatur verzeichnet finden.

4. Herr Sick (als Gast) demonstrirt einen Gallenstein, der im Dünndarm sich eingekeilt hatte und durch Laparotomie entfernt wurde. Der Fall betraf eine 65jährige Frau, die 5 Tage lang Ileuserscheinungen gehabt hatte. Der Fall verlief günstig.

B. Herren **Korach, Alsberg** und **Michael: Mittheilung der im Krankenhause der Deutsch-israelitischen Gemeinde mit dem Koch'schen Mittel gewonnenen bisherigen Resultate.** (Wird andernorts ausführlich veröffentlicht werden.)

Jaffé.

Aerztlicher Localverein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 7. August 1890.

Vorsitzender: Herr Heller.

1) Herr **Friedrich Merkel** demonstrirt:

a) Actinomycespilze in gefärbten Schnittpräparaten (Zunge, Lunge) vom Rind;

b) ein Polycystoma ovarii, das in der Privatklinik des Herrn Wilhelm Merkel durch die Laparotomie bei einer 28jährigen Multipara erhalten wurde. Heilung glatt und ohne jede Temperatursteigerung. Die Patientin wurde am 17. Tage geheilt entlassen.

2) Herr **Goldschmidt: Ein Fall von narbiger Pylorusstenose.** (An anderer Stelle dieser Nr. abgedruckt.)

3) Herr **Cnopf** sen. theilt die Kranken- und Leidensgeschichte zweier Knaben mit, von denen der eine 10 Jahre, der andere 8 Jahre alt war und die beide seit ihrem 6. Jahre wegen Incontinenz der Fäces viel zu leiden hatten. Die geistig begabten und intelligenten Knaben, die im Ganzen kräftig entwickelt waren, hatten eine irgend erhebliche Krankheit nicht zu überstehen gehabt, in ihrem 6. Jahre einen durch Wochen sich hinziehenden Darmkatarrh acquirirt, woran sich die Unfähigkeit, die Darmcontenta zurückzuhalten, anschloss. Der unwillkürliche Abgang erfolgte nie Nachts, sondern meist am Tag und nicht selten nach lebhaften körperlichen Bewegungen, dabei

war das Entleerte nicht etwa dünnflüssig, sondern meist wohlgeformt. Der erfolgte Abgang war den Knaben nicht bewusst und erst beim abendlichen Auskleiden fand sich die Bescherung. Von einem hiesigen und einem auswärtigen Arzte wurde das Uebel als durch Schwäche und einen gewissen moralischen Defect bedingt angesehen und zur Beseitigung der ersteren Eisen, Rothwein und vorwaltend Fleischnahrung angeordnet und um letzteren zu corrigiren, die empfindlichsten und entehrendsten Strafen durch 4 resp. 2 Jahre in Anwendung gebracht. Ein Erfolg wurde nicht erzielt. Die objective Untersuchung ergab keine Anhaltspunkte für das Uebel, doch liess sich eine colossale Coprostase constatiren. Die zeitweise abgesetzten Fäcalien waren auffallend hart, trocken und von dem Umfang einer kräftigen Mannsfaust. Da die Knaben täglich den Abort und meist ziemlich lang, wenn auch vergeblich benutzt hatten, so blieb die Natur des Uebels unentdeckt. Dass durch die Jahre lange Ausdehnung des Rectums und durch den Druck, den die Schleimhaut zu erdulden hatte, eine Anästhesie bewirkt werden konnte und musste, ist wohl sehr naheliegend. Durch milde Laxantien, kalte Irrigationen und zweckmässige Aenderung der Diät gelang es allmählich, die Defäcationen zu regeln und die Knaben von ihren Leiden zu befreien.

Verschiedenes.

Weitere Publicationen über das Koch'sche Heilmittel gegen Tuberculose.

(Weitere klinische Erfahrungen über das Koch'sche Mittel.) Fürbringer, der im Krankenhaus am Friedrichshain in Berlin seit 4 Wochen 63 Kranke mit dem Koch'schen Mittel behandelt und die Angaben Koch's im Allgemeinen bestätigt gefunden hat, theilt (D. med. W. Nr. 52) die Abweichungen vom Schema mit, die ihm begegnet sind. Der Eintritt der Reaction schwankte in Grenzen von 1—22 Stunden; sehr häufig zeigten sich Regelwidrigkeiten rücksichtlich der Beziehungen der Gestaltungen der Reactionen zu der Reihenfolge der Impfungen; F. erwähnt ein Dutzend Fälle, aus denen die Unberechenbarkeit der Reaction deutlich hervorgeht. F. erklärt diese auffallende Erscheinung in erster Linie durch uns noch unbekannte Besonderheiten der Individualität. Auch die Erscheinungen der Reaction weisen grosse Verschiedenheiten auf. Als wesentlichste Bestandtheile einer »klassischen« Reaction, die F. treffend mit Influenza vergleicht, bezeichnet er 1) die Temperaturerhöhung »mit der charakteristischen Matterhornspitze«; 2) circulatorische und respiratorische Störungen; 3) allgemeine Beschwerden (Mattigkeit, Kopf- und Gliederschmerzen etc.); 4) Aenderung des localen objectiven Befundes; 5) dementsprechende subjective Erscheinungen bezw. örtliche Beschwerden; 6) inconstant: Hautausschlag, Gelbsucht, Schweiss, Durchfall, Albuminurie. Von diesen 5 Componenten fehlen nun sehr häufig einer oder mehrere; selbst das Fieber kann fehlen; in einem Falle zeigte sich die Reaction constant in asthmatischen Beschwerden bei fehlendem Fieber, in einem anderen Falle in Temperaturerniedrigung. F. erinnert in dieser Hinsicht auf ganz gleichsinnige Abweichungen vom Schema bei den Infectionskrankheiten, an die atypische Influenza, den ambulanten Typhus und den fieberlosen Scharlach. Für die Diagnose hat F. wiederholt aus dem Mittel Nutzen gezogen, führt jedoch 5 Fälle an, in denen dasselbe im Stiche liess. Ueber therapeutischen Erfolg der Impfungen theilt F. nur ganz summarisch mit, dass von 41 in dauernder Behandlung befindlichen Phthisikern nicht weniger als 10 ganz auffallende, frappante Besserungen darbieten. Besserungen, wie er sie früher in der Anstalt unter tausenden von Fällen nie gesehen hat, trotz völlig gleicher Bedingungen in Bezug auf Pflege, Ernährung und sonstige hygienische oder arzneiliche Behandlung. Viele im Verlaufe von nur 4 Wochen herangereifte Besserungen beziehen sich sowohl auf den localen objectiven Befund (theilweise Aufhellungen der Dämpfungen mit Rückgang und selbst völligem Schwund der Rasselgeräusche, entsprechendes Verhalten des Auswurfs und der Bacillen) als auf die Vermehrung des Körpergewichts (bis um 14 Pfund!) und das subjective Wohlbefinden. Zu diesen 10 so beschaffenen Besserungen tritt ein Fall von relativer Heilung: das 24jährige Mädchen (1. Stadium, Hämoptoë eingeliefert) weist bei völliger Euphorie keine Lungenveränderungen mehr auf und hat Husten und Auswurf verloren. Zur Technik F's ist zu bemerken, dass er sich einer G. Meyer'schen (modificirte Overlach'sche) Spritze und zur Herstellung der Lösungen eines Patent-Tropfgläschens bedient.

Int. Abth. des Israeliten-Spitals in Budapest (Prof. Stiller). Bei 10 Kranke wurden bisher 43 Injectionen gemacht mit 18 vollständigen und 8 unvollkommenen Reactionen; bei einem Fall von unzweifelhafter bacillärer Phthise trat auf 0,018 g noch keine Reaction auf. Stiller erblickt daher in dem Mittel kein unbedingtes und ausnahmslos giltiges Kriterium der Tuberculose, obwohl auch aus seinen Fällen der specifische Einfluss des Mittels hervorgeht. Ausser dem schon in Nummer 49 erwähnten Fall, bei dem eine ausgedehnte Dämpfung nach der 1. Injection sich zurückbildete, ein Befund, der auch nach 2 weiteren Einspritzungen constant blieb, theilt Stiller noch 2 Fälle mit, in denen vollständiges oder nahezu vollständiges Aufhellen starker Spitzendämpfungen nach den Injectionen beobachtet wurde. Bei 3 Kranken traten während der Reaction früher nicht vorhandene elastische Fasern im Sputum auf. Bei einem Fall schwollen die Achseldrüsen bis zu Haselnussgrösse an, die vorher nicht nachweisbar waren.

Chir. Abtheilung des Israeliten-Spitals (Doc. Dr. Báron). Aufführung von 5 Fällen von Knochen und Hauttuberculose, bei denen prompte Reaction eintrat.

Rochus-Spital (Prof. Koloman Müller). Von 5 Lupusfällen reagirten 4; bei einem blieb (auf 0,0015) die Reaction aus. Bei 3 Fällen von Knochentuberculose starke Reaction, ebenso bei 10 Phthisen.

Dermatologische Abtheilung der Poliklinik (Doc. Dr. Havas). Mittheilung von 2 Lupusfällen. Prompte Reaction.

(Die physikalischen Erscheinungen der Koch'schen Reaction in tuberculösen Lungen) bestehen nach Turban-Davos (Berl. kl. W. Nr. 51) vor Allem in Veränderungen des Percussionsschalles, die er besonders gegen Ende und unmittelbar nach Ablauf der allgemeinen Reaction constatiren konnte. Schwache Dämpfungen waren stärker geworden, Dämpfungen, die sich nach mehrmonatlichem Aufenthalte der Kranken in der Anstalt schon recht erheblich aufgehellt hatten, traten in der alten Stärke oder intensiver als je hervor; an Stellen, an welchen unbestimmtes Athmen und knarrende Rhonchi schon längst die Erkrankung hatten erkennen lassen, ohne dass eine Abschwächung des Schalles sicher zu bemerken gewesen wäre, war nun, zuweilen über mehrere Intercostalräume hin, Dämpfung vorhanden. In den ersten Tagen nach Ablauf der Reactionen ging diese Dämpfung ziemlich rasch zurück, mehrmals unter deutlichem Auftreten tympanitischen Schalles.

Weniger deutlich, aber doch einige Male vorhanden waren die Veränderungen des Athmungsgeräusches. Während T. anfänglich erwartet hatte, über dem reagirenden geschwellten Gewebe einen mehr bronchialen Typus der Athmung zu hören, fand er die Athmung häufig eher leiser, mehr abgeschwächt und unbestimmt, zuweilen unverändert, selten schärfer und dann mehr hauchend; das Exspirium war mehrmals länger und mehr hauchend geworden.

Die Rasselgeräusche waren während der Reaction meist feiner und schärfer geworden, in einigen Cavernen auch auffallend vermindert, um nach der Reaction theils wiederzukehren, theils mehr und mehr zu verschwinden.

Die spirometrische Capacität zeigte in einigen Fällen eine Verminderung von 200—400 ccm., an deren Stelle mit der Aufhebung der Dämpfung allmählig die frühere Capacität zurückkehrte.

(Koch's Verfahren in Frankreich.) Am 21. ds. hat Prof. Cornil die Reihe der Vorträge, die er im Hospital Laennec über die Koch'sche Behandlungsmethode der Tuberculose gehalten hat, mit einem Ueberblick über seine bisherigen Erfahrungen abgeschlossen. Cornil beschreibt den Vorgang der Reaction bei Hauttuberculose so, dass die durch die Injectionen hervorgerufene Congestion eine lebhafte Auswanderung weisser Blutkörperchen zur Folge habe, welche vermittels einer reichlichen Flüssigkeitssecretion auf die Oberfläche der Haut befördert werden. Diese Flüssigkeit bildet auf der Haut die bekannten Krusten und enthält, wie C. durch besondere Untersuchungen feststellte, zahlreiche Tuberkelbacillen. Es ergiebt sich hieraus für die klinische Anwendung, dass jene Fälle am meisten durch das Verfahren gebessert werden können, in denen die Herausbeförderung der Bacillen an die Oberfläche möglich ist, also vor Allem bei Tuberculose der Haut. Die meisten Kranken dieser Art seien denn auch zweifellos gebessert worden. Wo dies nicht möglich sei, wie bei Tuberculose geschlossener Gelenke, da seien die Erfolge verschieden und in Folge der Schwellung und Schmerzhaftigkeit könne chirurgische Hilfe nöthig werden. Bei Larynxtuberculose könne das Verfahren, vorsichtig angewendet, von Nutzen sein, da hier die Verhältnisse ähnlich denen auf der Haut gelagert seien; unangenehme Zufälle hat C. hier nie gesehen.

Was die Behandlung der Phthise mit dem Mittel betreffe, so müsse dieselbe sehr eingeschränkt werden. Sie sei erfolglos bei vorgeschritteneren fieberhaften Fällen, sie begünstige eher Hämoptoe als sie dieselbe verhüte, sie könne bei Tuberkeleruptionen auf der Pleura zu pleuritischen Ergüssen Veranlassung geben; die Behandlung sei ferner schädlich bei acuter pneumonischer Phthise; bei älteren Phthisen, die sich oft 10—15 Jahre wohl befinden, sei sie gefährlich, da sie zu neuem Wachsthum der Bacillen Anstoss geben könne. Es blieben somit noch eine beschränkte Anzahl von Kranken mit Cavernen, die in ausgiebiger Verbindung mit den Bronchien stehen; solche befinden sich, falls sie fieberlos und bei gutem Kräftezustand sind, falls ferner die Reaction nicht zu heftig eintritt, unter der Behandlung wohl. 2 Kranke dieser Art haben an Körpergewicht zugenommen und scheinen einen wirklichen Nutzen von der Behandlung gehabt zu haben.

(Koch's Verfahren in England.) Aus den Mittheilungen der englischen Presse der vergangenen Woche ist ein Artikel von Lennox Browne über das Verfahren bei Larynxphthise bemerkenswerth (Brit. med. Journ. Dec. 27). Es werden 21, den Kliniken von Gerhardt und Krause entstammende Fälle beschrieben, auf Grund deren B. dem Worte Lister's beipflichtet, die Erfolge der Koch-

schen Behandlung seien geradezu erstaunlich; es könne kein Zweifel sein, dass die weitere Erfahrung diese Ansicht nur bestätigen werde. Ein Bericht aus dem Queen's Hospital in Birmingham von Dr. Carter enthält nichts Besonderes.

(Verordnung des k. k. österreich. Ministeriums des Innern vom 8. December 1890.) Die in No. 49 mitgetheilten Berathungen und Beschlüsse des Wiener obersten Sanitätsrathes haben zu folgender Ministerialentschliessung geführt: 1) Der Bezug des Koch'schen Heilmittels ist nur aus den von der Kgl. preuss. Staatsverwaltung autorisirten Erzeugungs- und Versandstädten und bis auf Widerruf nur den Vorständen von Heilanstalten und wissenschaftlichen medicinischen Instituten, sowie den zur Praxis in den im Reichsrathe vertretenen Königreichen und Ländern berechtigten Aerzten gestattet.

Im Falle nachgewiesenen Missbrauches der Befugniss zum Bezuge und zur Anwendung dieses Mittels kann dieselbe von der politischen Landesbehörde unter Offenlassung des Recurses an das Ministerium des Innern entzogen werden.

2) Die Anwendung des Heilmittels am Menschen darf nur unter der Voraussetzung der zuverlässigen Provenienz und der auch in der nothwendigen Verdünnung unverdorbenen Beschaffenheit desselben sowie unter allen durch die wissenschaftliche Erfahrung gebotenen Vorsichten stattfinden.

Die ambulatorische Behandlung von Kranken mit diesem Mittel ohne gesicherte ärztliche Ueberwachung derselben zum Zwecke der eventuell nothwendigen ärztlichen Hilfeleistung während des nach Einführung des Mittels in den Körper eintretenden Reactiumsstadiums ist verboten.

3) Alle Aerzte sind verpflichtet, über die Behandlung von Kranken mit diesem Heilmittel genaue Aufzeichnungen zu führen und über Aufforderung der politischen Behörde sachliche Auskünfte zu geben, sowie sich hinsichtlich der Provenienz des angewendeten Heilmittels auszuweisen.

4) Jene Aerzte, welche nicht als klinische Vorstände von Heilanstalten, an medicinischen Fakultäten oder als Abtheilungsvorstände in den der Staats- oder Landesverwaltung unmittelbar unterstehenden Krankenanstalten bestellt sind, sind gehalten, die Inangriffnahme der Krankenbehandlung unter Anwendung dieses Heilmittels der zuständigen politischen Behörde anzuzeigen.

5) Von jedem Todesfalle, welcher nach Anwendung des Heilmittels im Reactionsstadium oder infolge desselben stattfindet, hat der verantwortliche Arzt — in Heilanstalten durch Vermittlung der Direction derselben — der politischen Behörde unter genauer Angabe aller in Betracht kommenden Umstände ungesäumt die besondere Anzeige zu erstatten.

6) Der politischen Behörde obliegt es, wahrgenommene Missbräuche und Unzukömmlichkeiten in der Gebahrung mit dem Heilmittel abzustellen, die Beobachtung der vorstehenden Bestimmungen zu überwachen und in Uebertretungsfällen nach den einschlägigen Bestimmungen bezw. nach der Ministerialverordnung vom 30. September 1857, R.-G.-Bl. 198, vorzugehen.

Diese Verordnung tritt mit dem Tage ihrer Kundmachung in Kraft.

(Kalender pro 1891.) Unter den uns zugegangenen ärztlichen Kalendern für das kommende Jahr gebührt der erste Platz wiederum dem Reichsmedicinalkalender. Seine Anordnung hat gegenüber früheren Jahren keine Aenderung erfahren; er besteht wie früher aus 3 Theilen, einem geschäftlichen Taschenbuch, einem die Medicinalgesetzgebung und den Reichsschematismus enthaltenden II. Theil und einem Beiheft. Der reiche Inhalt des Kalenders verschafft demselben mit Recht eine wachsende Beliebtheit unter den deutschen Aerzten. — Der Medicinalkalender für den preussischen Staat nähert sich nach Form und Inhalt dem vorgenannten. Ursprünglich speciell für die preussischen Aerzte bestimmt, hat sich der Kalender in den letzten Jahren durch Berücksichtigung der Medicinalgesetzgebung und der ärztlichen Personalien des ganzen Reiches auch in den ärztlichen Kreisen ausserhalb Preussens Eingang verschafft — Neben diesen grossen und daher entsprechend kostspieligen Kalendern besteht auch für kleine, nur das Nothwendigste für die tägliche Praxis enthaltende, billige Taschenbücher ein entschiedenes Bedürfniss. Diesem Bedürfniss entsprechen bestens der nunmehr seit 3 Jahren erscheinende »Medicinische Taschenkalender« Breslau und Lorenz' Taschenkalender für die Aerzte des Deutschen Reiches, dessen 4. Jahrgang nunmehr vorliegt. Zu diesen beiden gesellt sich seit diesem Jahre noch als kleinster und billigster Kalender der von Dr. Holz in Berlin herausgegebene »Kalender für Mediciner« (M. 1.30), der trotz seiner Zierlichkeit doch eine so praktische Auswahl aller nothwendigen Angaben enthält, dass auch ihm eine weitere Verbreitung unter den Collegen vorauszusagen ist.

Therapeutische Notizen

(Behandlung der Diphtherie durch Erysipel.) Babtschinski beobachtete 3 schwere Fälle von Diphtherie, die zur Heilung gelangten durch spontanes Hinzutreten von Erysipel. Dies führte ihn zu Versuchen, die Diphtherie durch Impfung mit Erysipelreinculturen zu behandeln. 14 Patienten wurden auf diese Weise behandelt. Die Impfung geschah in der Nähe der Submaxillardrüsen. Die Symptome des Erysipels zeigten sich innerhalb 4—12 Stunden und mit der zunehmenden Ausbreitung des Erysipels verschwanden die diphtheritischen Membranen von den Fauces, die Drüsenschwellung liess nach und die Temperatur sank. Nur in 2 Fällen war die Behandlung erfolglos, in denen der Tod eintrat, noch bevor das Erysipel sich entwickelt hatte. (Med. News., Nov. 1.)

(Als Gurgelwasser gegen fötiden Geruch aus dem Munde) verwendet F. Thör folgende Receptformel: Rp. Saccharin., Natr. bicarb. aa. 1.0, Acid. salicyl. 4.0, Alkohol 200.0. MDS. Einige Tropfen in 1 Glas Wasser zum Gurgeln. (Int. klin. Rundsch. Nr. 40, 1890.)

(Ein neues Suspensorium) beschreibt Dr. Schuster in Aachen (D. med. W. Nr. 50). Man nimmt ein — am besten seidenes — grosses Taschentuch, legt die gegenüberliegenden Spitzen auf einander, knotet sie und — das Suspensorium ist fertig. Vor diesem Spitzenknoten ist nämlich eine Tasche entstanden, in die eine Faust sich bequem hineinlegen kann, und eine Hodengeschwulst ist ebenso bequem darin geborgen, sowie dieser Knoten hinter dem Hoden dem Mittelfleisch anliegt. Man legt nun den freien langen Rand um den Leib und knotet seine freien Zipfel im Rücken zusammen, durch mehr weniger starkes Anziehen dieser Zipfel lässt sich das Suspensorium höher oder tiefer stellen. — Der Verf. spricht die bescheidene Bitte aus, es möge, da die Vorrichtung leider zu einfach ist, um patentirt zu werden, dieselbe wenigstens mit seinem Namen belegt werden, also: Schuster'sches Suspensorium.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 30. Dec. Die bacteriologischen Curse für Aerzte, zu deren Abhaltung die Herren Prof. Dr. Emmerich und Stabsarzt Dr. Buchner sich in dankenswerther Weise bereit erklärt haben (vergl. Nr. 49), beginnen am Montag den 5. Januar. Da sich 52 Theilnehmer angemeldet haben, so müssen 4 Curse abgehalten werden (5.—10., 12.—17., 19.—24., 26.—31. Januar). Die Eintheilung musste aus verschiedenen Gründen, anstatt nach der Zeit der Anmeldung, alphabetisch gemacht werden. Eine diesbezügliche Mittheilung wird einem jeden der Herren Theilnehmer brieflich zugehen. Diejenigen Herren, welche im Besitze eines Mikroskopes mit Oelimmersion sind, können sich nach Belieben an irgend einem der 4 Curse betheiligen.

— Die Aerztekammer der Provinz Brandenburg wird sich bei ihrem nächsten Zusammentreten mit der Frage der Vertheilung der Koch'schen Lymphe beschäftigen. — Auch der Breslauer Aerzteverein hat eine hierauf bezügliche Resolution folgenden Inhalts angenommen: »Der Verein Breslauer Aerzte hält es für wünschenswerth, dass jedes neue Heilmittel bezüglich seiner Wirksamkeit in Krankenhäusern geprüft werde. Er sieht aber eine Schädigung des ärztlichen Standes darin, dass ein als Heilmittel staatlich anerkanntes und von einzelnen Bevorzugten in der Privatpraxis angewendetes Präparat der freien Anwendung durch praktische Aerzte entzogen und zum Monopol der Krankenhäuser oder concessionirter Privatkliniken gemacht werden soll.« Diese Resolution soll Herrn Geheimen Rath Koch, dem Minister v. Gossler und der Aerztekammer der Provinz Schlesien überreicht werden.

— Die Bruns'schen »Beiträge zur klinischen Chirurgie« haben mit dem eben begonnenen VII. Bande durch den Beitritt der Professoren Kraske und Trendelenburg als Mitherausgeber eine Erweiterung erfahren und dienen nun der Veröffentlichung von Arbeiten aus den chirurgischen Kliniken zu Basel, Bonn, Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Zürich.

— Die Schrift von P. Bruns »Die Geschosswirkung der neuen Kleinkaliber-Gewehre« ist in französischer Uebersetzung erschienen.

— Am 21. ds. fand in St. Petersburg die feierliche Einweihung des vom Prinzen Alexander von Oldenburg gegründeten Instituts für experimentelle Medicin statt. Der Gründer hat dasselbe dem Staat zum Geschenk gemacht.

— Dem Redacteur der Deutschen med. Wochenschrift, San.-Rath Dr. Samuel Guttmann, ist der Charakter als Geh. Sanitätsrath verliehen worden.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 50. Jahreswoche, vom 7.—13. December 1890, die geringste Sterblichkeit Frankfurt a./M. mit 13,1, die grösste Sterblichkeit Duisburg mit 43,0 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner.

(Universitäts-Nachrichten.) Göttingen. Dr. Nikolaier hat sich als Privatdocent für Kinderheilkunde an hiesiger Universität habilitirt.

(Todesfall.) In Strassburg starb am 26. ds. der em. Professor der Dermatologie und Syphilidologie Dr. Fr. Wieger. Derselbe war in Strassburg 1821 geboren und wirkte an der dortigen Universität als a. o. Professor seit 1850 und als ord. Professor seit 1865. Nach der Errichtung der neuen Strassburger Kaiser-Wilhelms-Universität wurde er unter dem 13. September 1872 zum ordentlichen Professor in der medicinischen Facultät und 1874 zum Director der Klinik für Hautkrankheiten ernannt.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niedergelassen. Dr. Joseph de la Hausse als prakt. Arzt in Mindelheim; Dr. Fechtner in Wallhalben, Dr. W. Hofmann in Rohrbach, Dr. Fischer in Neustadt a./H. und Dr. Otto Hartig in Hochspeyer (Pfalz).

Verzogen. Der prakt. Arzt Dr. Luitpold Stegmann von München nach Bogen (bei Straubing).

Befördert. Die Unterärzte Dr. Georg Martius im 2. Ulanen-Reg. und Dr. Jakob Weber im 17. Inf.-Reg. zu Assistenzärzten II. Cl.

Ernannt. Der einj. freiw. Arzt Friedrich Müller vom 14. Inf.-Reg. zum Unterarzt im 1. Ulanen-Reg. und mit Wahrnehmung einer vacanten Assistenzarztstelle beauftragt.

Allen Herren Kreismedicinalräthen, die uns durch Einsendung der Personalnachrichten unterstützten, sprechen wir unseren verbindlichsten Dank aus und bitten um fernere Mitwirkung. Frankirte Postkarten stehen jederzeit zur Verfügung. Red.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 51. Jahreswoche vom 14. bis 20. December 1890.

Betheil. Aerzte 300. — Brechdurchfall 5 (17*), Diphtherie, Croup 80 (78), Erysipelas 14 (16), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (3), Kindbettfieber 2 (3), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 42 (61), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum — (6), Parotitis epidemica 5 (4), Pneumonia crouposa 29 (11), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 28 (28), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 22 (15), Tussis convulsiva 19 (18), Typhus abdominalis 4 (2), Varicellen 34 (35), Variola. 1 (—). Summa 287 (297). Dr. Aub. k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 51. Jahreswoche vom 14. bis incl. 20. December 1890.

Bevölkerungszahl 345,000 [1])

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern 3 (4), Scharlach — (—), Rothlauf — (1), Diphtherie und Croup 6 (9), Keuchhusten 1 (1), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall — (—), Kindbettfieber 1 (—), Croupöse Lungenentzündung 4 (6), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung — (1), Acut. Gelenkrheumatismus 1 (—), andere übertragbare Krankheiten — (4).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 146 (163), der Tagesdurchschnitt 20.9 (23.3). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 22.0 (24.6), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 14.3 (14.7), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 12.7 (13.0).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

[1]) Nach dem vorläufigen Ergebnisse der Volkszählung vom 1. December 1890.

Generalrapport von den Kranken der kgl. bayer. Armee für den Monat November 1890.

1) Bestand am 31. October 1890 bei einer Kopfstärke des Heeres von 52344 Mann: 876 Mann.

2) Zugang: im Lazareth 1467 Mann, im Revier 3270 Mann, Invaliden — Summa 4737 Mann. Mithin Summe des Bestandes und Zuganges nach der Zahl 5613 Mann, auf Tausend der Iststärke 107,23 Mann.

3) Abgang: geheilt 3716 Mann, gestorben 5 Mann, invalide 39 Mann, dienstunbrauchbar 111 Mann, anderweitig 34 Mann. Summa: 3905 Mann.

4) Hiernach sind geheilt von 1000 der Kranken 662,03, gestorben 0,88 Proc.

5) Mithin Bestand am 30. November 1890: 1708 Mann, von Tausend der Iststärke 32,63 Mann. Von diesem Krankenstande befanden sich im Lazareth 1010 Mann, im Revier 698 Mann.

Von den in militärärztlicher Behandlung Gestorbenen haben gelitten an: Scharlach 1, Septhämie 2, tuberculöser Knochenentzündung 1, innerem Darmverschluss 1.

Ausser den in militärärztlicher Behandlung Verstorbenen sind bei den activen Truppen noch 1 Todesfall durch Krankheit, 1 durch Selbstmord vorgekommen, so dass die Armee im Ganzen 7 Mann durch Tod verloren hat.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Peterson, 47 Cases of Paralysis agitans. S.-A. New-York med. J.

Mordhorst, Ist die Lunge Schwindsüchtiger grösser als diejenige Gesunder? S.-A. D. med. W. 1890.

— —, Behandlung der Ischias und anderer Neuralgien. S.-A. Ther. Mon. 1890.

Oliver, Motor Symptoms of the Ocular Apparatus in Imbecility etc. S.-A. Am. J. of med. Sc. 1890.

Babes et Kalindero, Maladie d'Addison. Paris, 1890.

Ruprecht, Bibliotheca med.-chirurg. 44. Jahrg. 3. H. Göttingen, 1890.

Schmitz, Geistesstörung nach Influenza. S.-A. Z. f. Psych. Bd. 47.

Nencki und Sahli, Die Enzyme in der Therapie. C. f. Schweizer Aerzte. 1890.

Jaeger, Die Homöopathie. Stuttgart, 1888.

Lichtwitz, Diagnostic de l'empyème »latent«. Paris, 1890.

Gerhardt, Zur Geschichte des Brustst iches. Berlin, 1890.

Plehn, Aetiologische und klinische Malariastudien. Mit 2 lith. Tafeln. Berlin, 1880.

Saccharjin, Klinische Abhandlungen. Berlin, 1890.

Hallbauer, Das neue Gesetz über die Invaliditäts- und Alters-Versicherung. Eine Darlegung in Gesprächsform für Jedermann. II. Aufl. Leipzig, 1890. 60 pf.

Titta, Zur Behandlung der Diphtherie. S.-A. Prag. med. W. Nr. 47.

Lehmann, Die Reform der Gymnasien. Kiel.

Hollaender, Das Bromaethyl in der zahnärztl. Praxis. Halle, 1890.

Robert Koch's Heilmittel gegen die Tuberculose. I. Heft. Leipzig, G. Thieme. 1 M. 60 pf.

Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern: October und November 1890.

Regierungsbezirke bezw. Städte über 30000 Einwohner	Brechdurchfall		Diphtherie, Croup		Erysipelas		Intermittens Neuralgia int.		Kindbettfieber		Meningitis cerebro-spin.		Morbilli		Ophthalmo-Blennorrh. neonator.		Parotitis epidemica		Pneumonia crouposa		Pyaemie, Septicaemie		Rheumatismus art. ac.		Ruhr (dysenteria)		Scarlatina		Tussis convulsiva		Typhus abdominalis		Varicellen		Variola, Variolois		Zahl der Aerzte überhaupt	Zahl der betheilig. Aerzte
	Oct.	Nov	Oct	Nov	O.	N.	O.	N.	O.	N.	O.	N.	Oct.	Nov	O.	N.	O.	N.	Oct.	Nov	O.	N.	Oct.	Nov	O.	N.	Oct.	Nov	Oct.	Nov	O.	N.	O.	N.	O.	N		Nov.
Oberbayern	356	170	587	613	144	140	29	28	16	12	3	13	197	294	24	23	32	63	186	230	8	1	193	187	10	2	145	139	133	187	33	16	102	171	—	—	605	432
Niederbay.	35	31	61	53	15	5	5	10	9	5	—	—	4	44	—	—	1	7	31	38	—	—	12	15	1	—	21	19	1	—	12	5	1	6	—	—	153	27
Pfalz	148	58	221	234	54	56	17	21	16	10	2	1	207	533	1	3	5	5	127	129	—	—	65	74	9	1	64	60	58	73	50	46	19	29	—	—	202	115
Oberpfalz	19	9	45	53	9	16	1	5	5	1	—	—	3	10	—	—	—	—	37	46	1	—	14	17	1	—	8	13	20	27	12	12	7	18	—	—	111	36
Oberfrank.	54	31	206	205	37	35	8	5	2	4	—	—	472	1035	3	—	7	12	112	145	1	1	39	50	1	1	8	17	62	55	22	24	11	14	—	—	159	101
Mittelfrank.	174	51	289	324	66	77	28	14	9	9	—	1	324	1005	4	2	2	13	136	219	2	1	59	67	1	3	99	66	50	34	62	37	25	76	—	—	255	161
Unterfrank.	76	32	301	4'8	50	51	4	6	6	6	2	—	564	502	1	3	8	8	132	158	4	3	45	34	—	—	110	160	85	122	31	22	16	42	2	1	255	163
Schwaben	81	45	123	189	50	59	21	15	10	13	2	1	241	189	6	3	1	6	131	145	1	4	53	63	1	—	66	64	65	50	50	44	16	22	—	1	247	147
Summe	943	427	1833	2099	425	439	113	104	73	60	9	16	2012	3612	39	34	56	114	892	1110	17	10	480	507	24	7	521	538	474	548	272	206	197	378	2	2	1987	1182 [3])
Augsburg	2	1	17	29	7	5	2	—	1	1	—	—	3	11	2	1	—	—	16	8	—	1	3	4	1	—	10	9	—	10	8	1	3	3	—	1	57	11
Bamberg	5	3	55	33	10	8	3	—	—	1	—	—	326	768	2	—	5	11	18	9	—	1	11	14	1	1	6	2	29	18	1	—	—	1	—	—	33	22
Fürth	2	2	7	14	5	4	—	—	1	—	—	—	22	71	—	—	—	—	4	7	—	—	5	7	—	—	—	—	4	6	1	—	—	3	—	—	21	12
Kaiserslaut.	24	3	54	56	4	4	—	1	1	1	—	—	—	3	1	—	1	—	1	6	—	—	8	11	—	—	22	14	4	3	—	2	—	5	—	—	12	9
München [2])	185	86	285	305	90	75	17	9	5	3	—	2	53	190	20	18	14	16	78	68	2	—	115	93	6	—	117	96	86	121	15	11	69	140	—	—	342	300
Nürnberg	103	14	145	134	34	36	23	9	1	5	—	—	248	670	1	—	—	1	27	42	—	—	32	26	—	—	64	37	31	13	14	7	25	62	—	—	82	70
Regensbg. [3])	3	2	5	7	3	4	—	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	1	1	—	2	1	12	15	5	1	5	9	—	—	30	11
Würzburg	31	17	58	53	14	14	—	2	1	—	—	—	426	294	1	—	7	—	25	12	—	—	6	6	—	—	40	20	31	37	5	—	13	21	—	1	64	23

Bevölkerungszahlen: Oberbayern 1,006,761. Niederbayern 660,802. Pfalz 696,875. Oberpfalz 537,990. Oberfranken 576,703. Mittelfranken 671,966. Unterfranken 619,436 Schwaben 650,166. — Folgende Städte nach provisorischer Feststellung der jüngsten Zählung: Augsburg 75,000. Bamb. 35,000. Fürth 42,000. Kaiserslautern 37,000. München 345,000. Nürnberg 142,000. Regensburg (mit Stadtamhof) 41,000. Würzburg 61,000.

[1]) Im Monat October 1162. [2]) 40.—44., bzw. 45.—48. Jahreswoche. [3]) Einschl. Stadtamhof.

Ausser obigen 8 Städten (vergl. insbesondere Morb. bei Bamberg, Nürnberg und Würzburg) werden höhere Erkrankungszahlen noch aus folgenden Bezirken bzw. Orten gemeldet: Diphtherie: Bezirk Altötting 77, Stadt und Amt Freising 60, B.-A. Erding 41 Fälle, B.-A. Feuchtwangen und Hersbruck je 29, B.-A. Schwabach 36 Fälle. B.-A. Aschaffenburg 50, B.-A. Kitzingen 38 Fälle, Epidemie in Arnstein (B.-A. Karlstadt), hier sämmtliche Schulen geschlossen. — Morbilli: Bezirk Traunstein 67, Deggendorf 37 Fälle. B.-A. Bamberg II 104 (Stadt Bamberg 768, B.-A. Bamberg I 27), Stadt und Amt Hof 49, B.-A. Rehau 53 Fälle, B.-A. Gunzenhausen 96, Neustadt a./A. 44, Weissenburg Land 55 Fälle, Würzburg Land 92 (Würzburg Stadt 294) Fälle, Epidemie in Rieden (Karlstadt), Schulschluss, Epidemie in 4 Orten des B.-A. Hassfurt. — Pneum. croup.: B.-A. Aichach 28 Fälle, Gefangenanstalt Amberg 9, Caserne in Ansbach 9, B.-A. Feuchtwangen 39 Fälle. — Scarlatina: B.-A. Mellrichstadt 22 Fälle, ausserdem in 7 Orten des Amtes ohne ärztliche Constatirung. Epidemie in Rottendorf (B.-A. Würzburg) September 8, October 144, November 12 Fälle, von diesen 164 Fällen nur 33 ärztlich behandelt, Verlauf leicht, nur 1 Todesfall (Bez.-Arzt Dr. Seitz). — Typhus: Getangenanstalt Amberg 4 Fälle, B.-A. Kronach 14, Stadt Ansbach 15 Fälle.

☞ Formularien zur Bethätigung der monatlichen Einsendungen für die vorstehende Tabelle sind durch die Redaction der M. M. W. gratis zu beziehen. Im Interesse der vorliegenden Statistik wird um rechtzeitige und regelmässige Einsendung dringendst ersucht.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.